

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA

PROGRAMA

PARA LA ENSEÑANZA DE LA
OBSTETRICIA MENOR EN EL PERÚ

(OBSTETRICIA PARA OBSTETRICES)

POR

GUILLERMO ANGULO P. A.

●
CONCURSO DE 1915



IMPRENTA "ARTISTICA"

CALLE DE SANTA ROSA DE LOS PADRES. 508 (PRINCIPAL)

LIMA — 1915

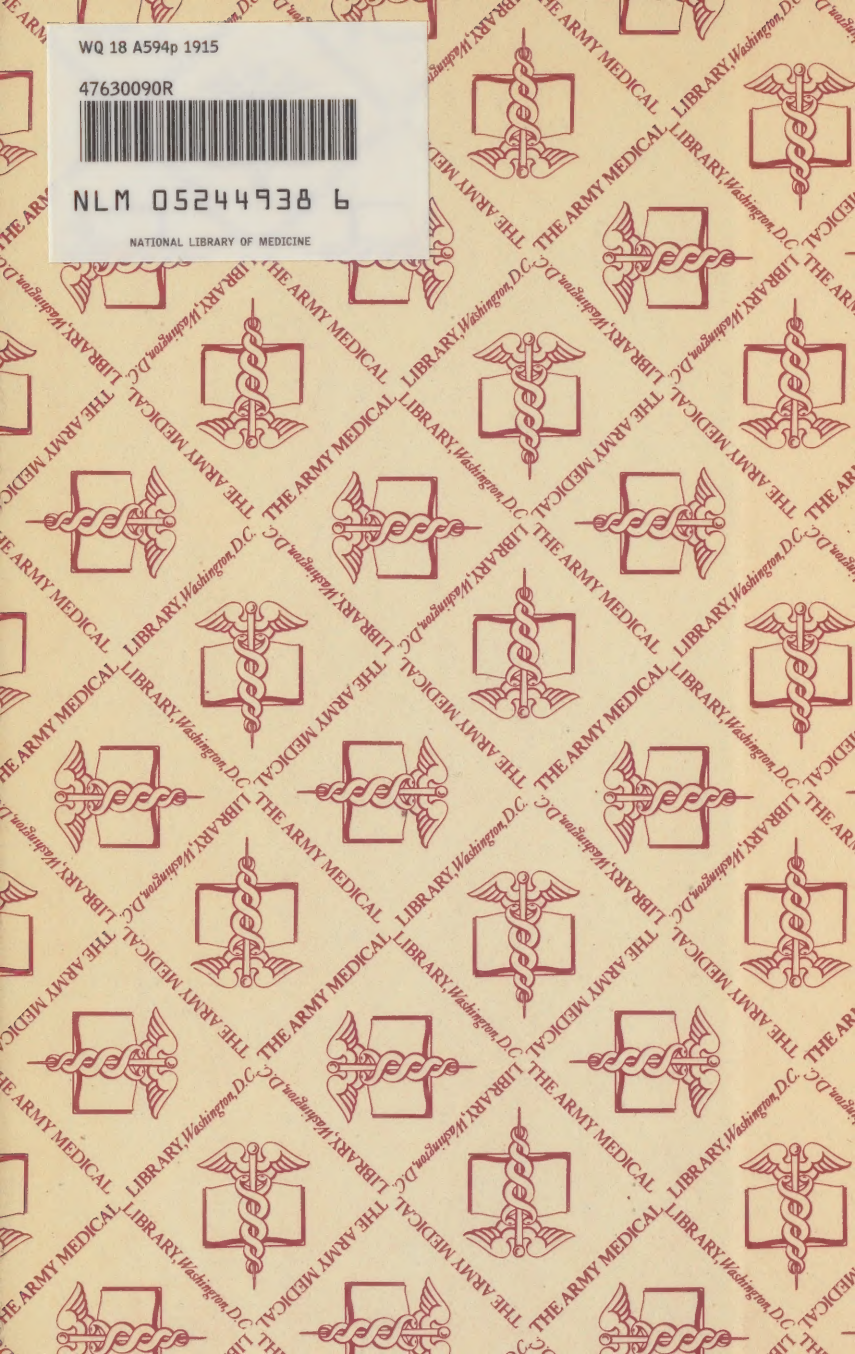
WQ 18 A594p 1915

47630090R



NLM 05244938 6

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



DUE TWO WEEKS FROM LAST DATE

JUL 11 1951

GPO 881473

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA

PROGRAMA

PARA LA ENSEÑANZA DE LA
OBSTETRICIA MENOR EN EL PERÚ

(OBSTETRICIA PARA OBSTETRICES)

POR

GUILLERMO ANGULO P. A. ^{puente} _{Arnao}

CONCURSO DE 1915

1300

IMPRENTA "ARTISTICA"

CALLE DE SANTA ROSA DE LOS PADRES. 508 (PRINCIPAL)

LIMA — 1915

Annex

WQ

18

A594p

1915

0021

DEDICADO

A LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

Y A SU ILUSTRE RECTOR EL SEÑOR

DR. D. JOSÉ PARDO

425697

MI LABOR PROFESIONAL

- Año 1905.—Título de Bachiller en Ciencias Naturales y terminación de los estudios en esa Facultad (expedito para el doctorado).
- „ 1907.—Interno concursado de la Maternidad de Lima.
- „ 1908.—Exámenes y diploma para ejercer la profesión de Médico y Cirujano.
- „ 1909.—Jefe de la Clínica Oftalmológica de la Facultad de Medicina de Lima.
- „ 1909.—Cirujano auxiliar del Hospital de San Bartolomé.
- „ 1910.—Fundador del Consultorio dental, anexo al servicio oftalmológico en el Hospital de Santa Ana (por iniciativa particular).
- „ 1910.—Asistencia asidua al servicio ginecológico del Dr. Carvallo en el Hospital de Santa Ana.
- „ 1911.—Viaje de perfeccionamiento á Europa (por iniciativa particular).
- „ 1912.—Título de Monitor de la Facultad de Medicina de París (Francia) en la Clínica de vías urinarias del Hospital Neeker, previo exámen ante un jurado de catedráticos de esa Facultad.
- „ 1912.—(Período vacacional).—Interno del Instituto Obstétrico Ginecológico de Milán (Italia).
- „ 1913.—Asistencia á las Clínicas Obstétrico Ginecológicas de París, obteniendo certificados de los Profesores BAR, PINARD, POTOCKI, BRANDEAU, CATHALA y CAUVELAIRE.
- „ 1913.—(Período vacacional).—Stage en las Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Lyon (Francia), obteniendo certificados de los Profesores FABRE, VORON, POLOSSON y ALBERTIN.
- „ 1913.—Certificados de cursos prácticos de Cirujía general y especial, comprendiendo:—Cirujía de los órganos genito urinarios del hombre y la mujer, del tubo digestivo y sus anexos, de la cabeza, cuello y miembros.—Cirujía de urgencia. Certificados de trabajos prácticos en el anfiteatro anatómico de los Hospitales de París y ejercicios prácticos de Otorrinolaringología con el Profesor SEBILEAU. Certificados de un curso práctico de Ortopedia con CALOT. Asistencia á los diferentes Congresos científicos reunidos en París, Berlín y Londres durante los tres años de mi permanencia en Europa (por iniciativa particular).
- „ 1914.—Regreso á mi patria.—Ejercicio de mi profesión.
- „ 1915.—Solicito el grado doctoral en Medicina para entrar al concurso de la Cátedra de Obstetricia Menor (Obstetricia para Obstetrices) que fué convocado por acuerdo de la Facultad de Medicina de Lima en 23 de diciembre último. En 15 de Marzo la Facultad me declara expedito para optar dicho grado. El 18 de Marzo el Sr. Decano visa mi tesis doctoral. En 24 de Marzo, la Facultad de Medicina, en sesión extraordinaria acuerda no admitir el grado doctoral por estar en vacaciones. En la fecha, 1º de Abril, queda cerrado el Concurso.

DOS PALABRAS

AL presentarme en este recinto de la ciencia y del saber, lo hago con la convicción de que no es una mera fórmula ni un acto de puro convencionalismo lo que vá á regir en este torneo científico, sino que sus resultados serán la finalidad conciente y pura de la justicia y de los dictados de la conciencia.

Es por esto, que, desprovisto de todo aquello que signifique favor é influencia, sólo vengo á recoger el voto honrado de mis maestros, con el entusiasmo que dá la juventud y con la potencia de un organismo luchador y convencido que tiene un ideal puro y honrado que quiere triunfar con sus propias fuerzas, pocas ó muchas, pero sanas y sin artificios que considero vedados para los que aspiran á ser maestros, por que de ellos pende el porvenir de esa juventud que viene y que en un futuro no lejano ha de juzgar.

Si á estos factores se agrega mi buena voluntad, tiempo disponible y cultura científica comenzada en mi medio y perfeccionada en otros,

que por mil razones tienen motivos para estar más adelantados; creo contar con elementos suficientes para actuar en este concurso.

Pero esto no es todo: mi simpatía por los estudios de la Obstetricia, manifestadas desde mi internado en la Maternidad de Lima; mi asídua concurrencia á las lecciones clínicas del profesor BENAVIDES y á las teórico-prácticas del doctor FERNÁNDEZ CONCHA, que me valieron el premio anual consistente en un forceps de TARNIER, obsequiado gentilmente por este último como estímulo al alumno más contraído á esta especialidad; y por último: los estudios particulares que sobre este ramo he hecho en Europa, de una manera modesta pero real, al lado de profesores como BOSSI y MANGAGALLI en Italia, FABRE, VORON y COMMANDEUR en Lyón; COUVELAIRE, BAR, BRANDEAU y otros en París; de quienes poseo, no sólo recuerdos gratos de sus enseñanzas, sino certificados que revelan, si no una competencia ejecutoriada, cuando menos preparación suficiente; son también razones bastantes para entre nosotros tener derecho á actuar en un torneo científico como es un concurso.

Si vuestra simpatía basada en la justicia, trajera consigo mi elección, yo os aseguro que ella sería un estímulo más para esforzarme en llegar á ser el profesor digno, y lograr iniciar una nueva era en la enseñanza de la Obstetricia Nacional.

Mi labor, desde ahora os digo, no sería sino de quince años; durante ellos lucharía por dejar arraigadas las nuevas ideas científicas y, trazado el surco, dejaría el campo á otros jóvenes que como yo hoy, tengan las mismas energías y entusiasmos para continuar la obra comenzada.

INTRODUCCIÓN

El programa que esta Facultad exige como uno de los elementos para presentarse en concurso, debe ser detallado y razonado; yo cumplo estrictamente la ley y prologo mi trabajo con una parte doctrinaria que la complementa.

Ahora bien; creo de gran utilidad aprovechar de esta última para, en lugar de perderme en doctrinas abstractas y hacer la historia de la evolución de la Obstetricia al través de los tiempos, ni mucho menos entrar en el escabroso sendero de hacer la historia de la Obstetricia Nacional; estudiar algo más práctico y positivo que haga que este folleto, si no es utilizado como programa de enseñanza, sirva siquiera para ser revisado cuando se trate de echar las bases sobre las cuales debe descansar el principio de la enseñanza moderna.

Hoy no se concibe la enseñanza sin los materiales necesarios para llevarla á cabo, sin una doctrina que le sirva de credo y sin un programa que le sirva de guía; aún cuando este último tiende á desaparecer por la influencia que va ejerciendo el sistema Alemán. Consiste éste, en que el profesor de una Universidad tenga una libertad é independencia casi omnímota en la enseñanza, siendo la aspiración del maestro enseñar para formar discípulos, que al salir de las aulas, sean profesionales capaces de resistir á las torpes seducciones de una vida puramente práctica, llevando por el contrario en sí mismos la pasión de elevar-

se á las cumbres de la ciencia. No obstante ideas tan avanzadas, creo que entre nosotros debe existir el programa para Matronas, pues ellas, al estudiar la obstetricia no lo hacen, sino en una forma limitada con determinación de fronteras.

En obstetricia, el alma de la enseñanza es la clínica de partos, que con su sección Maternidad constituya un todo armónico en donde se pueda desenvolver la inteligencia de la alumna y en donde la enseñanza se haga más objetiva y más real ante los sentidos de las que, estudiando una profesión como es la de Obstetriz, necesitan un conjunto de conocimientos y de reglas de conducta basados en la observación práctica. Además; todo ser que desea actuar en las diferentes manifestaciones de la actividad humana, para hacerlo de una manera conciente y aún valerosa, necesita estar convencido y posesionado de un credo que sea como la encarnación de sus ideales. En Obstetricia, el credo sobre el cual debe descansar la enseñanza y el ejercicio práctico profesional, debe ser el mismo sobre el cual descansa la cirugía moderna, tal es la ASEPCIA PURA, que es el solo método racional de esterilización absoluta, que por su simplicidad y por sus resultados sorprendentes realiza la verdadera profilaxis de las infecciones obstetricales y permite asegurar un puerperio normal.

Hoy no solamente es una buena obstetriz aquella que conoce suficientemente el mecanismo del parto, la regla de conducta que debe asumir en él, lo mismo que en la distocia y en la patología obstetrical etc., sino aquella que tenga además una seria educación adquirida por el ejercicio de algunos años

en la técnica de la desinfección de las manos y de las enfermas, la esterilización del material operatorio, en fin, aquella que haya recibido una educación aséptica sólida.

Aun más, en estos últimos diez años, la Obstetricia se ha transformado de un modo prodigioso; á la vieja obstetricia constituída por la antisepsia y las operaciones simples llamadas de la práctica común de las cuales unas eran confiadas á la obstetriz conforme á un reglamento especial de instrucción para el ejercicio de las Obstetrices; y otras al médico práctico, las que consistían en la punción de las membranas, la episiotomía ó debridamiento de la vulva, aplicación de forceps, versión, extracción podálica, desprendimiento manual de la placenta, etc.; se ha agregado todo un campo nuevo de actividad verdaderamente precioso con tendencias más especialmente quirúrgicas. Así: á la antisepsia ha sucedido la asepsia, á algunas operaciones obstétricas complementarias de las anteriores; como la dilatación mecánica y cruenta del cuello, el alargamiento de la pelvis por sinficiotomía y pubiotomía, etc.; se ha agregado nuevos métodos operatorios, é intervenciones de orden laparatómicas en el embarazo, en el parto y en el puerperio que han conducido á la existencia de la Obstetricia clínica operatoria.

Antes había una obstetricia sola, que era la obstetricia práctica, la de todos los días, la obstetricia que debía practicarse en el lecho mismo de la mujer, la obstetricia que necesitava conocer la matrona y el médico práctico. Hoy en cambio, al lado de esta Obstetricia, existe otra que no puede

ser hecha sino en la clínica y por el partero especialista, forjado en los talleres científicos de las escuelas contemporáneas.

Estas nuevas orientaciones de la obstetricia moderna hacen que la matrona de hoy, fuera de los conocimientos de la obstetricia práctica, basados en la asepsia, necesita agregar otros conocimientos prácticos también que le permitan poder, no solo asistir en el parto normal, no solo de saber la norma de conducta que debe observar en los casos de distocia ó de complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, el parto y el puerperio, no solo en fin, poseer los conocimientos necesarios para prestar la debida cura al recién nacido; sino otros que le pongan en condiciones de ser un auxiliar del partero especialista, desempeñando un papel mil veces más importante y más gerárquico que una enfermera, como pasa en los casos en que la gestante reclame una acción más compleja, cual es una intervención quirurgical, (una cesarea, una operación de PORRO, etc). Es por esto, que la matrona de hoy, debe saber muchas cuestiones de cirujía menor, como son: saber aplicar la anestesia al cloroformo y éter, aplicar inyecciones hipodérmicas, y por su familiarización con la asepsia, estar preparada para correr con la desinfección de la sala de operaciones y con la de todos los materiales que se van á poner en contacto con la enferma; debe estar preparada aun para saber ayudar en las operaciones ya como asistente inmediata del médico, cosa que sería demasiado útil entre nosotros, sobre todo en provincias, ya como ayudante secundario en las clínicas Obstétrico Ginecológi-

cas, á la manera que en Italia en donde he tenido ocasión de observar el papel tan importante que las matronas desempeñan en los servicios obstétricos ginecológicos, en las cuales no solamente corren con la dirección de las alumnas en la asistencia del parto normal y distócico sino que, dirijen y vigilan la preparación de la enferma que va á ser operada, la desinfección de la sala y materiales que van á ponerse en contacto con la enferma, y aún, durante la operación, son las encargadas de proporcionar al cirujano los campos, las compresas, los tapones y las agujas montadas con sus materiales de sutura.

Conocimientos son estos de tal naturaleza, que la obstetriz no solamente gozará con la satisfacción de estar preparada para hacer el mayor bien á sus semejantes en un momento dado, sino que se conquistará una mayor consideración y confianza no solo de parte del médico, sino también del público en general.

Son los progresos realizados en estos últimos diez años en medicina y cirugía de los que ha aprovechado la obstetricia normal y distócica para sustituir la organización hospitalaria de los servicios de partos rudimentaria, y los métodos de técnica heredados de la obstetricia arcaica; por la nueva organización de las maternidades y clínicas de partos, en donde puedan tener cabida las nuevas prácticas clínicas, profilácticas y terapéuticas. Es así como el arte de los partos de las primeras épocas de la obstetricia se ha elevado hoy al rango de una verdadera ciencia obstétrica.

Por todas estas razones es que antes de en-

trar en la parte expositiva del programa voy á comenzar por el pedestal sobre el cual debe descansar la enseñanza, desarrollando los capítulos siguientes:

1.º.—Condiciones generales que en la actualidad debe reunir una Maternidad Modelo.

2.º.—La asepsia como base de la desinfección en la Obstetricia.

3.º.—Programa de la Obstetricia Menor, ó sea la Obstetricia para Obstetrices.—Método de enseñanza.—Distribución.

CONDICIONES GENERALES QUE EN LA ACTUALIDAD DEBE REUNIR UNA MATERNIDAD MODELO

Así como en cirugía hay necesidad de locales especiales, con pabellones separados para los enfermos sépticos y asépticos y de salas de operaciones para las dos categorías de pacientes; así también en Obstetricia hay necesidad de estos mismos elementos. Para realizar un *post-partum* aséptico, se necesita de un servicio de partos provisto de los últimos perfeccionamientos de la arquitectura hospitalaria y de un material de cura irreprochable. Además, un servicio de enseñanza, una verdadera Maternidad, debe tener un material muy complejo. Todo lo que se relaciona con la puerperalidad normal y patológica debe existir en él; la patología del embarazo, y del *post-partum*, el embarazo y las consecuencias de los partos patológicos (sépticos), las salas de los recién nacidos y prematurados, asépticos é infectados deben tener un sitio importante

en una Maternidad de Universidad. La cirugía obstetrical aséptica y séptica, y la Ginecología operatoria, están á la orden del día en toda Maternidad europea. Es por esto que es necesario discutir las nuevas modificaciones que deben introducirse en la construcción, funcionamiento, distribución é instalación de los servicios y del personal en la clínica obstetrical, para que la enseñanza de la Obstetricia pueda hacerse en armonía de los progresos actuales.

I — DE LA CONSTRUCCIÓN EN GENERAL

En este capítulo indicaré, en sus grandes líneas, el modo de construcción y distribución general de una clínica de partos, correspondiendo á todas las exigencias de la ciencia obstetrical moderna y permitiendo realizar en ella una higiene perfecta como un *post-partum* aséptico.

Principios arquitectónicos:—Un servicio de Obstetricia debe estar independiente y aislado del resto del hospital, ó á lo menos de los servicios de enfermedades internas, de niños y de contagiosos. Las proximidades de los servicios de medicina y de cirugía, pueden ser una amenaza de contagio.

ANCELET, ha dicho: “Una Maternidad no debe ser un hospital, sino sencillamente un asilo puesto á cubierto por un aislamiento sistemático de todas las causas de contagio y de infección de otros servicios del hospital, de las mujeres infectadas y también del servicio de la consulta-ción. Debe además poseer, una enfermería es-

pecial, completamente aislada para sus enfermas”.

Un servicio de partos como un servicio de cirugía, debe estar bien aireado, debe tener en sus alrededores un cierto espacio libre con jardines, lo que permitirá á las mujeres en cinta hospitalizadas así como á las convalecientes de pasearse en él. Las fachadas de las salas deberán estar orientadas lo mejor posible; al E ó al O.

La Maternidad deberá estar construida, si es posible, de manera que los servicios estén sobre terreno llano y que sean de un solo piso, de esta manera habrá una aireación más completa y una mayor simplificación (ausencia de ascensores, escaleras difíciles, etc.); en fin se podrá ejercitar una vigilancia mas efectiva.

En París, la Clínica Baudelocque y la Maternidad Saint-Antoin son un ejemplo de esta clase de Maternidades. El edificio de un solo piso debe estar construido sobre un subsuelo de aireación, como la nueva Maternidad del Boulevard de Port de Royal en París, la cual representa uno de los más hermosos ejemplos.

En fin; nuestra Maternidad, debe ser construida siguiendo el sistema linial rodeado de jardines y poseyendo un pabellón separado para los enfermos sépticos.

Las dimensiones de las salas deben ser variables segun su distribución; así, los dormitorios de las mujeres en cinta, necesitan cuatro metros de altura sobre nueve metros mas ó menos de largo. Las salas de las paridas deben ser mas altas, de cinco y medio á seis metros aproximadamente. El revestimiento de las paredes deben ser de ye-

so y pintadas al óleo, que permita lavarlas y realizar lo que TARNIER llama la “respiración de las salas”.

En las salas de trabajo, salas de operaciones, salas de curación, water-closets, etc. las paredes deben tener un revestimiento de losas ó de placas de metal barnizadas de un metro cincuenta á dos metros de altura, que permitan un lavado fácil y completo y una limpieza absoluta; estas mismas recomendaciones deben hacerse para los cuartos de aislamiento de las mujeres sépticas. Cuando la sala de trabajo se encuentra demasiado cerca de las salas de las puerperas ó de la calle, con el fin de evitar la propagación de los gritos, debe doblarse el interior de las paredes de esta sala, colocando ladrillo ó corcho, lo que ahoga el sonido (TARNIER). El piso debe ser impermeable no higrométrico, permitiendo el lavado frecuente con mucha agua, sin comprometer la solidez y la seguridad del edificio. Los mejores pisos son los construídos de cemento y de mosaicos.

La ventilación.—El aire debe ser renovado lo mas que sea posible. En los nuevos hospitales es uso instalar uno ó dos ventiladores segun el tamaño de la sala, siendo siempre el procedimiento más sencillo, la ventilación natural por las ventanas muy usado en los viejos edificios. Las ventanas deben descender lo más cerca del suelo con el fin de permitir una aireación rápida y completa de las salas. Los dormitorios de las mujeres en cinta deben ser de bastante extensión para que cada cama tenga disponibles treinta metros cúbicos de aire; en las sa-

las de las puerperas cada cama debe tener por lo menos seis metros cúbicos más de aire que utilizará el recién nacido (ANCELET).

El alumbrado.—Debe ser eléctrico, con lámparas fijas y lámparas móviles. Una pequeña instalación formando parte del hospital, asegurará la producción de la luz. Para la sala de trabajo y las salas de operaciones se prohibirán las lámparas colgadas del techo, así como las fijadas en las paredes, prefiriendo hoy el alumbrado con lámparas fijadas al techo y provistas de reflectores.

El agua.—Todos los servicios serán provistos de agua filtrada. El agua ordinaria se empleará para lavar las paredes y el suelo y para las salas de baños y lavatorios, etc. habrá agua calentada por un aparato termo sifón, que será la misma que calentará la estufa para ropa. Para la sala de trabajo, de operaciones, de puerperas, se dispondrá de una gran cantidad de agua esterilizada caliente y fría (para las toilettes genitales de las mujeres y para la desinfección de las manos). Para la esterilización del agua se emplearán aparatos sencillos que den casi instantáneamente el agua filtrada y hervida á cien grados (caliente y fría á voluntad), que aún que no dán una esterilización absoluta pueda darnos una mayor seguridad pudiendo emplearse en los pequeños servicios. En las grandes clínicas de partos se necesita por el contrario instalaciones más complejas, aparatos de esterilización por el vapor de agua bajo presión á 120 grados, basados en el sistema de las auto-claves los cuales dan una se-

guridad absoluta por la esterilización perfecta que mata microbios y esporas.

El calentamiento.— Aunque en Lima no es necesaria la existencia de caloríferos, sin embargo en la salita de incubación de la Maternidad debe existir una instalación que mantenga constante la temperatura de la habitación regulándose la humedad atmosférica de ella mediante un pequeño chorro de vapor que se puede hacer salir del *thermo-cifón*.

Tanto en Italia como en Francia este dispositivo es la mejor incubadora.

Las instalaciones de evacuaciones.— La ropa sucia debe ser depositada en los subsuelos. Las aguas sucias de los desagües serán recojidas por una canalización de la ciudad, los *water-closets* serán del sistema *todo á la cloaca*.

La instalación eléctrica no solo debe utilizarse para producir luz, sino para el funcionamiento de las estufas de desinfección de la ropa, de los aparatos para la esterilización del agua, de los instrumentos y del material de cura de las salas de operaciones y para el funcionamiento de la instalación de rayos X (Radiografía).

Para la desinfección de la ropa se emplearán las grandes estufas, un modelo muy empleado es la estufa fija de gran tamaño de GENNESTE y HERSCHER, con vapor de agua saturada (baja presión), basada sobre el mismo principio que las *auto-claves* dando una esterilización absoluta á 120 grados durante 15 á 20 minutos.

Esta estufa situada en un pequeño edificio aparte serviría para la desinfección de la ropa de

la clínica y de los vestidos de las mujeres recibidas en la Maternidad.

II DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS

Una clínica de partos debe poseer:

1º.—*El servicio de consultación* con sus dos divisiones, una para la Obstetricia y otra para la Ginecología.

2º.—*La Maternidad propiamente dicha*, que comprende: a) los dormitorios de las mujeres en cinta normales y anormales, cuyo estado necesita ser puesto en observación (distocias, enfermedades obstetricales etc.); b) la sala de partos principal llamada sala de trabajo, para las asepticas; c) la sala aseptica para maniobras obstetricales no sangrantes (forceps, versión, partos artificiales, balones, etc.), sobre todo para las mujeres observadas en la clínica; d) sala de trabajo de reserva donde tendrán lugar las operaciones y maniobras obstetricales asepticas (mujeres sospechosas de infección viniendo de fuera y septicas del servicio); e) sala de las puérperas asepticas normales, con una sala de reserva para las que han sufrido maniobras ó intervenciones obstetricales asepticas; f) servicio de aislamiento para las puérperas infectadas y sospechosas.

3º.—*Servicio de cirugía Obstetrical y Ginecológica*.—Este servicio debe estar organizado según los últimos perfeccionamientos de la práctica aseptica para hacer la gran cirugía abdominal y la cirugía de urgencia á las puérperas; comprende: a) un pabellón para las enfermedades de mujeres,

con sala de exámen; b) sala de operaciones para la cirugía ginecológica, para la cirugía abdominal en la puerperalidad, para la obstetricia operatoria y para todos los casos de cirugía en la mujer en cinta; c) sala de las operadas ginecológicas y obstetricales con un compartimento de reserva para las septicas; d) salas de curación y cuidados *post-operatorios* para las septicas y asepticas.

4º.—*Servicio medical*.—En una clínica moderna destinada especialmente á la enseñanza, se debe tener algunos servicios para curar todas las enfermedades que tienen conexión con la puerperalidad (la patología en el curso de la puerperalidad); en el servicio de medicina que no viene á ser sino una enfermería anexa á la Maternidad, serán asistidas las afecciones medicales agudas y crónicas que complican la puerperalidad. Este servicio será provisto de una sala de partos para las mujeres que tienen enfermedades de orden médico contagiosas, las cuales no deberán jamás ser trasladadas á la sala de trabajo de la Maternidad aseptica.

5º.—*Puericultura y pediatría*.—Este servicio, bajo la dirección de un ayudante, será provisto de todo el material útil para la enseñanza de la puericultura y la protección de la infancia. Se organizará en él: a) una consultación de niños lactantes y una gota de leche en donde se examinará á los niños y se enseñará la lactancia artificial; b) un *creche* para criaturas enfermas y anormales, una *Pouponnière*: asilo destinado á los niños normales; c) un servicio de débiles y prematurados. Este pabellón comprende una gran sala donde se encuentran los prematurados sa-

nos, una segunda sala para los sospechosos y en fin, una tercera sala de aislamiento para los infectados; á estas salas son anexas un dormitorio y un comedor para las nodrisas. En este servicio se enseñará el funcionamiento de las incubadoras ó caloríferos y la lactancia al seno por las nodrisas.

6º.— En fin, una *Maternidad debe poseer*: a) un anfiteatro para las elecciones teórico-prácticas; b) alojamiento del personal compuesto de alumnas internas, profesoras de obstetricia jefes, enfermeras, topiqueras y barchilonas; c) vestuario y salas para las alumnas; d) laboratorio y museo; e) anfiteatro para los muertos. Tales son las diferentes partes constituyentes de una clínica obstetrical, ginecológica y pediátrica que permite no solo la asistencia científica de las enfermas, sino también una mejor enseñanza objetiva y clínica y un verdadero progreso para la ciencia y cultura nacional.

LA ASEPSIA EN OBSTETRICIA

Siendo el contagio y la infección, las causas de la mortalidad puerperal y operatoria, todos los esfuerzos de la generación obstetrical de la segunda mitad del siglo último no persiguieron sino la realización de uno de sus mas grandes ideales:—LA REDUCCIÓN AL MÍNIMUM DE LA MORBOSIDAD Y MORTALIDAD DESPUÉS DEL PARTO.— Pero, todos los precursores de la verdadera asepsia, para ser consecuentes con la nueva doctrina microbiana, pensaron durante largo tiempo que ciertos agen-

tes químicos, llamados antisépticos, se comportaban frente á frente del organismo y de los tejidos vivos, como sobre los cultivos microbianos *in-vitro*.

Las investigaciones experimentales de TARNIER y de sus alumnos sobre el valor de los diversos antisépticos, impresionaron tan poderosamente el espíritu de sus contemporáneos que, durante cerca de cincuenta años asistimos á un verdadero abuso de los antisépticos y á numerosos accidentes y muertes debidas á la intoxicación medicamentosa.

Los desastres observados durante este período antiséptico dieron ocasión para reflexionar á muchos operadores, los que convencidos de los peligros en el uso de los antisépticos fuertes y de la no esterilización completa de los tegumentos, del material quirúrgico, del agua, etc., con el uso de los antisépticos á débiles dosis; comienzan á desembarazarse de los agentes químicos para obtener la desinfección operatoria.

Desde 1893 TARNIER dá la señal de alarma y durante cerca de diez años los antisépticos luchan para sostener el edificio ya ruinoso de la cirugía antiséptica; por manera que hoy tenemos á nuestra disposición dos métodos de un valor desigual que se reparten los sufragios de los parteros: el antiguo ó antiséptico y el moderno ó aseptico; el primero que consiste en destruir los microbios (que se encuentran sobre los tegumentos, sobre los instrumentos, el material de cura, en el aire, en el agua, en el suelo, en la superficie de nuestro cuerpo, sobre nuestros ves-

tidos y en los objetos que nos rodean) por medio de sustancias químicas reputadas como antisepticas á causa de sus propiedades microbicidas; el segundo, el método aseptico que es el método ideal de una superioridad incontestable defendido en Francia por TERRIER, que consiste en destruir los microbios empleando la esterilización por el calor de los instrumentos, del material de curación y la limpieza de los tegumentos con jabón, escobilla y agua esterilizada.

Creo que el momento ha llegado para adoptar en la obstetricia la ASEPSIA PURA.—Los progresos considerables realizados por los Cirujanos no empleando sino los métodos asepticos, son para nosotros una garantía suficiente para recomendar la práctica aseptica en Obstetricia, tanto durante el embarazo como durante el puerperio normal, porque de nada sirve la limpieza minuciosa después del trabajo si la mujer ha sido infectada antes.

Instalar á la mujer en locales esterilizados—ponerla en contacto con objetos limpios, examinarla de una manera muy aseptica, es realizar la asepsia *anti-partum*.

Desde que la mujer está en trabajo, redoblar los cuidados, proceder á una desinfección de las más rigurosas de las manos, de los órganos genitales y de los objetos que pueden venir en contacto con ella; es realizar la asepsia *intra-partum*.

Es basándome en el principio directriz de VARNIER: “la parida es una herida que necesita protegerla contra la infección que la amenaza”, que en mi primer capítulo he insistido sobre la necesidad absoluta de tener en obstetricia locales

construídos *ad hoc* é instalaciones especiales para la asepsia en el *anti-partum*, en el *intra-partum* y en el *post-partum* último período de lo puerperalidad.

En cuanto á la antisepsia profiláctica del canal vaginal, ella es absolutamente inútil en las condiciones normales, así lo han probado las investigaciones de ÖDEBLEIN y de KRÖNIG que demuestran que durante la puerperalidad la vagina posee una fuerza bactericida natural frente á los microbios saprógenos, y patógenos introducidos de fuera y que más bien lo que los antisépticos hacen al ser, empleados como medios profilácticos, es alterar la secreción vaginal, lo que en muchos casos disminuye por un cierto tiempo la fuerza bactericida de la vagina (VARNIER 1900).

Sin embargo, cuando la mujer tiene ó ha tenido un estado séptico ó cuando ella es poco acostumbrada á las reglas de la higiene genital, pienso con mi maestro FABRE que no debemos ser tan absolutos, sino dejar libertad para el uso de algunos productos quimicos, que con el menos peligro puedan asegurar el post-partum normal,, pero sí, ellos deben ser muy restringidos; así FABRE no usa en su clínica ninguno de los antisépticos por nosotros conocidos, nada de sublimado, nada de ácido fénico, nada de lisoformo, nada de agua oxigenada; él usa algo muy original é inofensivo, tal es la EMULSION TREMENTINADA preparada *ad hoc*.

PROGRAMA Y MÉTODO DE ENSEÑANZA

Cutzzi define la Obstetricia menor, ó sea la obstetricia para obstetrices, diciendo: “que es el conjunto de conocimientos que son necesarios para que una mujer pueda asistir con conocimiento de causa; una grávida, una parturiente, una puérpera y prestar la debida cura al recién nacido”.

En circunstancias diversas, puede la obstetriz ser llamada á prestar sus conocimientos: unas veces se trata de asistir á una grávida, parturiente ó puérpera sana, que apesar de las condiciones normales en que se encuentra tiene necesidad de los consejos y ayuda de una matrona; otras veces se trata de una mujer que en el curso de su embarazo, parto ó puerperio presenta trastornos, enfermedades, distocias ó accidentes que la obstetriz necesita reconocer á tiempo para tratarlos, si son de su incunvencia, ó para solicitar oportunamente la intervención del médico, impidiendo así que la demora ponga en peligro la vida de la madre ó del niño; todo lo cual requiere conocimientos que hacen que la acción de la obstetriz aparentemente modesta, sea de gran importancia para la salud de la madre que á sus consejos y asistencia se confía.

Es basado en esta definición, en las consideraciones que de ellas se desprenden y en las nuevas orientaciones de la obstetricia; que he desarrollado este trabajo, tratando de cumplir con los rigurismos de la ley, presentando un programa verdaderamente razonado.

El programa que yo os presento, os parecerá tal vez demasiado vasto, pero dado el método que he adoptado en el desarrollo de sus proposiciones, creo que debe regir en la enseñanza de la obstetricia en el Perú, pues al lado de la mejor ilustración que dá á la obstetriz, él está en armonía con los progresos de la época.

DISTRIBUCIÓN

Como las condiciones de admisión al estudio de la Obstetricia, las considero deficientes, es que he puesto como preliminares las nociones de anatomía, fisiología é higiene con un apéndice titulado: Práctica de la Asepsia y Antisepsia.

El estudio de estas nociones debe formar parte de la enseñanza preparatoria durante el primer año, sobre todo, para aquellas aspirantes que no hayan rendido un exámen de admisión conforme al programa oficial elemental, que debe ser exigido.

En cuanto á la distribución del programa de Obstetricia, ella debe ser hecha en cuatro años.

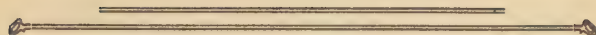
Por lo que respecta al método de enseñanza, sería demás hacer disertación pedagógica, sobre cual de ellos es el mejor. — Para mí, el mejor método de enseñanza, de la obstetricia está, como ya lo he dicho al comienzo; en la Clínica de Partos, en la Asepsia como credo y finalmente en el Profesor, que lleno de amor por la ciencia y amante también del progreso de su país, ponga de su parte todas las energías al servicio de la obra noble y grandiosa, como es, formar una ge-

neración, que con su preparación haga mas tarde bién á la Sociedad.

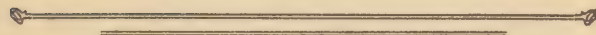
De una manera estudiada, no hago la comentación de mi propia obra, dejo al ilustre criterio de mis lectores libertad para sacar conclusiones, despues del estudio sereno, tranquilo y completo de este trabajo que es el resultado del esfuerzo intensivo, de quién tan solo desea el perfeccionamiento científico de las nuevas generaciones.

Lima, á 24 de Marzo de 1915.





PROGRAMA





PRELIMINARES

NOCIONES GENERALES

DE ANATOMÍA, FISIOLOGÍA, HIGIENE, ASEPSIA Y ANTISEPSIA

I

Esqueleto:—Su división en tres grandes partes:—Cabeza, Tronco y Extremidades.—Descripción general de cada una de ellas.

Ligamentos y articulaciones:—Nociones generales.

Partes blandas que contornean el esqueleto:—Breves nociones sobre la célula, fibra y tejido.—Nociones sobre los principales tejidos (epitelial, muscular, conectivo y nervioso).

Algunas nociones sobre los vasos:—Arterias, venas y linfáticos.

Sangre y linfa:—Algunas nociones.

Piel y mucosas:—Ligeras nociones.

Cavidades:—Craneana, raquídea, torácica y abdominal.

Aparato respiratorio:—Sus funciones: (pulmones, bronquios, tráquea y laringe).

Aparato circulatorio:—Sus funciones: corazón, arterias, venas, capilares.—Algunas nociones sobre el pulso.

Aparato urinario:—Sus funciones: riñón, ureteres, vejiga, uretra.—Exámen de los orines.

Aparato digestivo:—Sus funciones: boca, esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas.

Sistema Nervioso:—Conocimientos generales sobre sus funciones.

Calor Animal:—Temperatura del cuerpo humano.—Termómetros.—Manera de usarlos.

Edades:—Infancia, Puericia, Adolescencia (pubertad), Edad adulta (virilidad) y Vejéz.

II

Algunas nociones de Higiene:—Nociones del aire y de la luz.—Su influencia en la salud.—Nociones sobre las condiciones de salubridad de las habitaciones.—Condiciones higiénicas de los dormitorios.—Nociones sobre la limpieza del cuerpo:—Baños, locciones.—Nociones sobre los vestidos. Nociones sobre la higiene de los órganos de los sentidos (vista, oído, tacto, olfato).

III

Práctica de la Asepsia y Antisepsia:—Espantoso cuadro de la fiebre puerperal.—Estudio general de los microbios:—Los microbios de la putrefacción y de la supuración son la causa de la fiebre puerperal.—Importantes resultados curativos obtenidos desde el descubrimiento de los microbios como causa de las infecciones.—Extraordinaria difusión de los microbios en el aire, en el agua, en el suelo, en la superficie de nuestro cuerpo, sobre nuestros vestidos y en los objetos que nos rodean.

Hetero y auto infecciones.

La mejor obtetriz es la más limpia.

Concepto de la asepsia:—(Tiene muchos puntos de contacto con el concepto de limpieza).—Secreto de la asepsia (no tocar nada séptico).

Los mejores medios que hoy se emplean para realizar la asepsia de los instrumentos, de los objetos de curación, de los locales, del personal, etc. (agentes físicos: particularmente, el calor y la electricidad).

Aparatos para hervir agua.—Aparatos para esterilizar el agua.

Esterilización de los instrumentos:—Reglas y métodos. Preliminares:—1º Limpieza: a) con agua; b) con agua de jabón y escobilla (previamente desarmados); c) baño de alcohol; d) enjuagarlos (quedan listos para la esterilización.—2º Esterilización propiamente dicha: a) calor seco (flamdeo, estufa); b) calor húmedo (ebullición, autoclave).

Enseñanza práctica de la técnica de cada uno de estos métodos de esterilización.

Esterilización de los materiales de curación (compre-

sas, algodón, hilo para sutura, objetos de jébe, de vidrio y porcelana).—Reglas y métodos.

Preliminares y esterilización propiamente dicha: a) ebullición; b) auto-clave.

Desinfección de lienzos y utensilios de cama.—Reglas y métodos.—Gran estufa.

Desinfección de las salas y locales.—Reglas y métodos. (para obtener la limpieza es indispensable: “lavar, lavar con frecuencia, lavar todo”).

Higiene de la obstetriz.—Vestidos y limpieza (toda la que ha tocado material septico debe abstenerse durante cuarenta y ocho horas de toda práctica obstetrical).

Asepsia de las manos:—(“El lavado de las manos es la salud de la parturiente”).—Preliminares (blusa, cubetas, agua, jabon, escobilla, alcohol, tintura de yodo; relojes de arena de diez y quince minutos para marcar el tiempo).

Manual operatorio de la desinfección aseptica de las manos.—Primer tiempo:—corte de las uñas y limpieza mecánica de los espacios subunguales y periunguales; Segundo tiempo:—imbibición de los espacios subunguales por la tintura de yodo (la asepsia preliminar dura cinco minutos).—Tercer tiempo:—escobillonaje al agua caliente y al jabon durante diez minutos, de los dedos, manos y antebrazos.—Cuarto tiempo:—desengrasamiento de la piel por el alcohol fuerte.—Quinto tiempo:—enjuague de las manos en el agua esterilizada.

Enseñanza práctica de la técnica en la desinfección de las manos.

Concepto de la antisepsia:—(Método antiguo).—Esterilización imperfecta y peligrosa.—Casos en los que se aplica (casos septicos).

Agentes químicos.—Predilección por el alcohol, yodo (solución de TARNIER), por la trementina (emulsión de FABRE) y por el licor de LABARRAQUE.

Profilaxis de la asepsia de las manos:—Los guantes en Obstetricia.—Casos en los que debe usarse:—1.º En el curso de un tacto ó de una intervención septica, para evitar la infección de las manos; 2º En el curso de un tacto ó de una intervención aseptica cuando se tenga dudas sobre el estado de limpieza de las manos, para evitar el infectar á la mujer. (“El guante solo está bueno en manos de los muy prácticos”—FABRE).





PRIMERA PARTE

OBSTETRICIA

ANATOMIA Y FISIOLOGIA ESPECIAL

CAPITULO PRIMERO

De los huesos que componen la Pelvis:—Anatomía descriptiva del Sacro, coccis, huesos ilíacos.

Articulaciones de la Pelvis:—Anatomía descriptiva de la sínfisis sacro-iliaca, púbica, sacro-coccigea, lumbo-sacra.

Relaciones de la Pelvis con los otros huesos del esqueleto.

I

La Pelvis bajo el punto de vista obstétrico: — Diferencias que existen entre la pelvis del hombre y de la mujer.—Su división en pelvis mayor y pelvis menor mediante la línea innominada.

Pelvis mayor:—Su descripción.

Pelvis menor:—Es la parte esencialmente obstétrica de la pelvis.—Su división en tres regiones. (Estrecho superior, estrecho inferior y escavación).

Mesuración de la pelvis:—Su importancia.—Técnica de su medición.—Pelvimetros. (Compás de BAUDELOCQUE).

Diámetros de la pelvis mayor:—a) diámetro antero-posterior ó diámetro de BAUDELOCQUE; b) diámetro bi-espinoso anterior; c) diámetro bis-iliaco medio ó bi-crestal; d) diámetro bi-espinoso posterior; e) diámetro bitrocantereano.

Diámetros de la pelvis menor:—A). *Estrecho superior:*—1.º Diámetros antero-posteriores: a) diámetro promonto-subpubiano; b) diámetro promonto-pubiano mínimo (este diámetro tiene la mas grande importancia bajo el punto de vista obstétrico, por esto es que PINARD le llama *diámetro útil* y los alemanes *conjugado verdadero*); c) diámetro promonto sud-pubiano (se utiliza para apreciar el valor del anterior).

2.º Diámetros trasversos: a) diámetro máximo ó anterior; b) diámetro trasverso medio-obstetrical. — (útil).

3.º Diámetros oblicuos ó sacro-iliacos. — Derecho é izquierdo.

B). *Eetrecho inferior:*—1.º Diámetro antero-posterior ó cocci-sub-pubiano; 2.º Diámetro trasverso máximo; 3.º Diámetros oblicuos.

C). *Escavación:*—Su división por el estrecho medio en escavación, mayor y menor. — 1.º Diámetro antero-posterior; 2.º Diámetro trasversal ó bisciático; 3.º Diámetros oblicuos (oblicuo cecal y oblicuo rectal.)

CUADRO SOBRE EL VALOR DE LOS DIAMETROS

ESTRECHO SUPERIOR

Antero-posteriores....	{	Promonto-sud-pubiano.....	11 cmts.
		Promonto-pubiano mínimo....	10 cm. 5
		Promonto-subpubiano.....	12 cmts.
Trasversos.....	{	Máximo.....	13 cm. 5
		Medio.....	12 cm. 8
		Anterior.....	12 ctms.
Oblicuos.....		Oblicuos derecho é izquierdo...	12 ctms.

ESTRECHO INFERIOR

Antero-posterior.....	8 cm. 5, á 11 ctms.
Trasverso.....	11 ctms.
Oblicuos.....	11 ctms.

ESCAVACIÓN

Antero-posterior.....	12 cmts.
Trasverso.....	12 „
Oblicuos.....	12 „
Bi-ciático.....	10 cm. 8

Losange de MICHAELIS.—Sus límites.—Su medición en la pelvis osea.—Su importancia en Obstetricia.

II

Inclinación, planos y ejes de la pelvis:— a) Eje del estrecho superior ó eje de encajamiento; b) eje de la escavación ó de descenso (línea umbilico-caxigiana); c) eje del estrecho inferior ó de desprendimiento (es horizontal en la mujer echada).

III

Movimiento de la pelvis:—En general y de sus articulaciones en particular. — Inclinación según las actitudes.

IV

Desarrollo general de la pelvis:—Ligero estudio sobre la forma de la pelvis del recién nacido.—Factores que intervienen después del nacimiento en su transformación morfológica.—Diferencias de la pelvis según las razas.

Puntos de osificación de los huesos de la pelvis.

V

Partes blandas de la pelvis:—Ideas generales.

Músculos del estrecho superior:—Descripción anatómica del psoas iliaco.—Músculos de la escavación. Anatomía descriptiva de los músculos piramidales y obturadores internos.

Músculos del estrecho inferior:—(Comprenden el estudio del plano perineal).—Caracteres generales del plano perineal.—Estudio de los principales músculos que las obstétrices necesitan conocer en esta región.—(Músculo elevador del ano, esfínter del ano, esfínter de la vagina).

Músculos de la parte abdominal:—Descripción anatómica de los rectos, oblicuos (mayor y menor) y transverso.

Región perineal:—Estudio sucinto anatomo topográfico de la región perineal anterior y posterior en la mujer.

Canales que atraviesa el plano perineal (uretra, vagina, recto).

CAPÍTULO SEGUNDO

ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS

División de los órganos genitales en externos (mama y vulva) y en internos (vagina, útero, trompas y ovarios.)

I

Organos genitales externos:—Descripción y estructura de estos órganos.

A). *Mamas:* Número.—Situación y forma.—Pesón, areola, sustancia glandular y célula-adiposa.—Conductos galactóferos.

Ligero estudio anatomo topográfico de la región mamarea.

Fisiología de la mama:—Epitelio glandular.—Secreción mamarea.

B). *Vulva*:—Anatomía descriptiva de cada una de las partes que la componen (monte de venus, grandes labios, glándulas vulvo vaginal de BERTOLINI. — Pequeños ladios, clitores vestibulo, meato urinario, himen). Estructura.—Vasos y nervios. — *Cateterismo uretral*, su técnica.

II

Organos genitales internos: — Descripción y estructura de estos órganos.

A). *Vagina*:—Anatomía descriptiva. — Estructura. Bulbos de la vagina.—Su número, dimensiones y relaciones.—Vasos y nervios.

B). *Utero*:—Situación, forma, volumen.—Su división en cuerpo, istmo y cuello.—Cavidad.—Orificios.—Forma del cuello en la múltipara y en la que ha tenido hijos.—Estructura del útero.—Túnica peritoneal (perimetrium).—Túnica muscular (myometrium).—Sus tres capas en el cuerpo según D'HELIE CHENAUTAIS: a) capa externa; b) capa muscular mediana; c) capa muscular interna.—Tres capas en el cuello según los mismos autores: a) externa; b) media; c) interna.

(Esta clasificación está basada en las disposiciones de las fibras musculares de las capas que forman el Myometrium y que es variable, según se trate del cuerpo ó el cuello.

Túnica mucosa (endometrium).—Su división: a) mucosa del cuerpo del útero; b) mucosa del cuello.—Glándulas de la mucosa y cuello del útero.—Huevos de NABOTH.

Ligamentos que mantienen al útero en su posición normal:—Su número (Son ocho: dos laterales, dos posteriores, dos antero-laterales y dos anteriores; llamados respectivamente: anchos, utero-sacros, redondos y útero-vesicales).—Ligero estudio de cada uno de ellos.—Papel que desempeñan en la estática uterina.—Ligeras nociones.

C). *Trompas uterinas de Faloppio*.—Su estructura.—Situación, forma, dimensiones.—Pabellón de la trompa.

D). *Ovarios*:—Situación, forma, dimensiones.—Ligamentos que los sostienen (ovárico, tubo-ovárico y lumb-ovárico llamado también infundibulo-pelvico, ó redondo posterior).—Estudio de ellos.

Estructura del ovario. Folículos y vesículas de GRAF.—Su número.—Ovulo.

III

Vasos de los órganos genitales internos:—Consideraciones generales.—Arterias y venas de la vagina.—Su enumeración y procedencia.

Arterias y venas del útero.—Su enumeración y procedencia.

Estudio especial de la arteria uterina.—Su importancia.—Dirección y órganos que atraviesa.—Su división y ramificaciones.

Arteria espermática interna ó utero ovárica.—Su origen y descripción.

Arteria fónica ó del ligamento redondo.—Su origen y descripción.

Ganglios linfáticos:—Consideraciones generales. Su división en tres grupos; a) iliaco externo; b) hipogástrico; c) iliaco primitivo.—Su división de éste en externo, retro-vascular é interno.—Subdivisión de este último en: grupo del promontorio y grupo sacro-lateral.

Vasos linfáticos:—Consideraciones generales sobre las redes linfáticas:—Sub-mucosa, muscular y sub-cutánea.

Troncos linfáticos:—Su división en vaginales, uterinos, tubaricos y ováricos.—Descripción y ligero estudio de cada uno de ellos.—Subdivisión de los vaginales en tres grupos: a) inferiores; b) medios; c) superiores.

Sub-división de los uterinos en linfáticos del cuello: a) anteriores; b) posteriores y linfáticos del cuerpo: a) principales; b) accesorios.—Su enumeración.

IV

Inervación de los órganos genitales internos:—Consideraciones generales.—Intervención del Gran simpá-

tico (ganglios y plexo simpáticos pelvianos) y del sistema cerebro espinal (centros medulares lumbares; en la inervación de la vagina, útero, trompas y ovarios.

Ganglio de FRANCKEHAUSER. — (Sistema nervioso intra-uterino) Su situación. Su frecuencia. — Su función como de inervación particular del útero.

CAPITULO III

OVULACIÓN, MENSTRUACIÓN Y FECUNDACIÓN

I

De la evolución: — Consideraciones generales. — Definición. — Maduración. — Ruptura del folículo de GRAF. — Edad en que tiene lugar (pubertad) — Menopauacia ó edad crítica. — Puesta ovular. — Períodos en que se realiza. Número de óvulos puestos en libertad por maduración de los folículos. — Efectos que produce en el folículo la maduración del óvulo.

Cuerpos lúteos ó amarillos. — Su división en verdaderos y falsos. — Sus caracteres. — Ligeras nociones sobre la función del cuerpo lúteo.

II

De la menstruación: — Definición. — Epoca de aparición de las primeras reglas. — Fenómenos locales y generales. — Periodicidad. — Días de duración. — Cantidad y calidad de la sangre menstrual.

Función que ejerce la menstruación sobre todo el organismo.

Higiene de la menstruación.

Significación biológica de la menstruación. — Relaciones entre la ovulación y la menstruación. — (La menstruación no es una función sino un accidente de la ovulación, es el aborto ovular. (PINARD).

Menopausia ó edad crítica.—Su definición.—Epocas y formas de su manifestación.—Fenómenos que la acompañan.

III

De la fecundación:—En qué consiste.— Migracion del óvulo.—Ascención del espermatozoide.—Su vitalidad.—Lugar de la fecundación.—(Es un hecho cierto que la fecundación no se hace jamás en el útero.—El huevo ya fecundado va á la cavidad uterina á donde llega á los ocho días aproximadamente).

Mecanismo íntimo de la fecundación. — Fecundación de más de un óvulo.—Momento en que se verifica la fecundación.—Determinación del sexo del feto.—¿Es posible?



SEGUNDA PARTE

GESTACION Ó EMBARAZO

CAPÍTULO PRIMERO

Definición.—Duración.—División (verdadero y falso); (uterino, extra-uterino y extra-intra-uterino); (simple y compuesto); (regular é irregular ó complicado).

I

El huevo humano:—Desarrollo del huevo humano y sus anexos en la cavidad uterina.—Consideraciones generales.—Nidación ó placentación del feto.

Relaciones del huevo humano con el organismo maternal.

Estudio de los principales estados del desarrollo del huevo que pueden ser observados:

A.) *El huevo durante los primeros días:*—Generalidades.—Dimensión.—Velloidades.—Su papel.—Capas que las tapisa (externa ó syncytrima y profunda, ó células de LANTHAUS).—Espacios interbellosos.—Propiedades fisiológicas.

B.) *El huevo de los dos primeros meses (estado ovular):*—Sus caracteres.—Dimensiones.—Peso.

C). *El huevo de tres y cuatro meses* (estado embrionario):—Dimensiones.—Formación de la placenta.—Posibilidad de superfetación y de hidrorrea desidual en esta época.

D). *El huevo de cinco y seis meses* (estado fetal):—Dimensiones.—Diferenciación de la placenta.

E). *El huevo á término*:—Dimensiones.

II

Constitución del huevo:—Elementos componentes del huevo. (El huevo se compone de los dos elementos siguientes:—En el centro, el embrión bañado por el líquido amniótico; á la periferia, el amnios, el córion adherente á la caduca refleja y la caduca verdadera separada de la precedente durante los cuatro primeros meses.—En un punto limitado del córion se encuentra la placenta con el cordón umbilical).

I. *Amnios*:—(Membrana interna del huevo).—Caracteres generales.—Su constitución microscópica.—Dos capas (endotelium amniótico y capa conjuntiva).—Líquido amniótico.—Epoca de su aparición.—Sus caracteres físicos.—Su constitución química.—Su origen fetal y maternal.—Fisiología.

II. *Corión*:—Su situación.—Estados por los que pasa.—Corión leve ó liso y corión beloso ó frondoso.—Sus caracteres y relaciones.—Su porvenir.

III. *Caduca*:—Definición.—Su número; 1º Caduca serotina ó inter-utero-placentaria; 2º Caduca verdadera; 3º Caduca refleja.

Modificaciones de la caduca verdadera durante el embarazo.

IV. *Placenta*:—Caracteres generales.—Peso.—Dimensiones.—Caras fetal y uterina, sus caracteres.—Diferentes formas de la placenta (unilobular, multilobular única, multilobular desunida).—Estructura.—Placenta fetal y maternal.—Estudios de los elementos de cada uno de ellos.—Placenta total.—Fisiología.

V. *Cordón umbilical*:—Su objeto.—Conformación exterior, longitud, calibre.—Inserción placentaria (cen-

tral marginal, velamentosa).—Inserción fetal.—Conformación interior.—Fisiología.

CAPÍTULO SEGUNDO

I

El feto:—Caracteres.—Peso y longitud del feto en los diferentes meses del embarazo.

Cálculo para determinar la edad del feto por el peso:

EDAD	PESO	EDAD	PESO
3.º mes.....	125 gms.	6.º mes.....	1000 gms.
4.º mes.....	250 „	7.º mes.....	1750 „
5.º mes.....	500 „	8.º mes.....	2500 „
9.º mes.....			3250 gms.

Cálculo para determinar la edad del feto por su longitud:

EDAD	DIMENSIÓN	EDAD	DIMENSIÓN
3.º mes.....	15 ctms.	6.º mes.....	33 ctms.
4.º mes.....	21 „	7.º mes.....	39 „
5.º mes.....	27 „	8.º mes.....	45 „
9.º mes.....			51 ctms.

II

Feto á término:—Sus caracteres generales.—Peso y longitud.—Desarrollo de las uñas y pelos.—La piel.—Barníz caceoso.—Testículos y labios menores.—Inserción del ombligo.

Víseras del feto á término:—Sus particularidades.

Estudio anatómico de las diversas regiones fetales:—A). *Cabeza fetal.*—Suturas: a) sutura sagital; b) sutura coronal; c) sutura landoidea.

Fontanelas.—1º Gran fontanela ó fontanela anterior ó fontanela bregmática; 2º Pequeña fontanela ó fontanela posterior ó fontanela landoidea; 3º Fonta-

nela suplementaria de GERDY; 4° Fontanela lateral ó fontanela pterica; 5° Fontanela astérica.

Dimensiones de la cabeza fetal según las actitudes. Su división:—a) diámetro antero-posterior; b) diámetro transverso; c) circunferencia.

1° Dimensiones de la cabeza en aptitud intermedia-
ria; (ni flexionada ni deflexionada).

2° Dimensiones de la cabeza en flexión moderada; (esta actitud es la más favorable, porque en ella la cabeza fetal presenta sus dimensiones mínimas).

3° Dimensiones de la cabeza en flexión forzada; (la flexión forzada es una posición muy desfavorable y de un mal pronóstico).

4° Dimensiones de la cabeza fetal en deflexión mediana.

5° Dimensiones de la cabeza fetal en deflexión forzada.

Modificaciones de las dimensiones de la cabeza fetal.—Modelaje.

B). *Tronco fetal*:—Diámetro bi-acromial, y antero-posterior, externo-dorsal.

C). *Región pelviana*:—Diámetro bi-trocanteriano y antero-posterior ó pubio-sacro.

CUADRO DEL VALOR DE LOS DIÁMETROS DE LA CABEZA FETAL

Diámetros antero-posteriores:

(O. M.).....	Diámetro	Occipito-mentoneano....	13 ctns
(O. F.).....	"	Occipito-frontal.....	11 á 12 "
(S. O. B.).....	"	Sub-Occipito-bregmático.	9½ "
(S. O. F.).....	"	Sub-Occipito-frontal.....	10 "
(S. O. M.).....	"	Sub-Occipito-mentoniano	
		ó máximo.....	13½ "

Diámetros trasversales:

Diámetro	Bi-parietal....	9½ ctns.
"	Bi-temporal.....	8 "
"	Bi-mastoideano.....	7½ "
"	Bi-malar.....	7 "

Diámetros verticales:

Diámetro	Fronto-mentonaeno.....	8 ctns.
"	Mento-bregmático.....	9½ "

III

Fisiología del feto:— Nutrición.— Respiración.— Circulación cardio-placentaria y su transformación en cardio-pulmonar.— Latido cardiaco del feto y soplo fetal.— Sus caracteres y su importancia para el diagnóstico.— Respiración.— Calorificación.— Secreciones y escreciones.— Sensibilidad.— Movimientos activos del feto.— Su carácter y valor diagnóstico.

Movimientos pasivos.

IV

Situación del feto en la cavidad del útero:— Consideraciones generales sobre la actitud, forma y situación del feto en la cavidad uterina (ley de acomodación). Presentaciones y posiciones del feto en la cavidad uterina hacia el término del embarazo (situaciones longitudinales y trasversas).— Presentación cefálica.— Sus divisiones y sub-divisiones.— Presentación podálica.— División y variedades de modalidad.— Presentaciones de tronco.— Su división en dos variedades.

CUADRO DE LAS PRESENTACIONES

A). Presentación cefálica:....	vértice. cara. frente.	
B). Presentación podálica:....	completa. incompleta modalidades.	pié. rodilla. nalgas. (verdadera modalidad) mixta.
C). Presentación de tronco (hom- bro).....	derecha. izquierda.	

Posiciones.— Consideraciones generales.— Clasificación por la frecuencia y por los puntos de referencia.

CUADRO DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS PRESENTACIONES
Y POSICIONES

	Occipito-iliacas izquier- das.....—anterior.... (O. I. I. A.) trasversal.. (O. I. I. T.) posterior... (O. I. I. P.)
<i>Presentación de vértice...</i>	Occipito-iliacas dere- chas.....—anterior.... (O. I. D. A.) trasversal.. (O. I. D. T.) posterior... (O. I. D. P.)
	Occipito-pubiana directa..... (O. P.)
	Occipito-sacra directa..... (O. S.)
	Mento-iliacas izquierdas.—anterior... (M. I. I. A.) trasversal. (M. I. I. T.) posterior.. (M. I. I. P.)
<i>Presentación de cara...</i>	Mento-iliacas derechas.—anterior... (M. I. D. A.) trasversal. (M. I. D. T.) posterior.. (M. I. D. P.)
	Mento-pubiana directa.... (M. P.)
	Mento-sacra directa..... (M. S.)
	Naso-iliacas izquierdas.—anterior... (N. I. I. A.) trasversal. (N. I. I. T.) posterior.. (N. I. I. P.)
<i>Presentación de frente...</i>	Naso-iliacas derechas...—anterior... (N. I. D. A.) trasversal. (N. I. D. T.) posterior.. (N. I. D. P.)
	Naso-iliacas púbica directa..... (N. I. P.)
	Naso-iliacas sacra directa..... (N. I. C.)
	Sacro-iliacas izquierdas.—anterior... (S. I. I. A.) trasversal. (S. I. I. T.) posterior.. (S. I. I. P.)
<i>Presentación de nalgas..</i>	Sacro-iliacas derechas..—anterior... (S. I. D. P.) trasversal. (S. I. D. P.) posterior.. (S. I. D. P.)

<i>Presentación de tronco, (oblicuas.).</i>	Hombro derecho—acromio-ilíacas izquier-	
	das, (dorso anterior)... (A. I. I.)	
	acromio-ilíacas dere-	
	chas, (dorso poste- rior)..... (A. I. D.)	
	Hombro izquierdo—acromio-ilíacas iz-	
	quierdas, (dorso an-	
	terior)..... (A. I. I.)	
	acromio-ilíacas de-	
	rechaz, (dorso poste- rior)..... (A. I. D.)	

Cambios de la presentación y posición del feto durante los últimos meses de la gestación.

CAPÍTULO TERCERO

Modificaciones de los órganos maternos durante el embarazo.—

División del estudio en dos partes (en el aparato genital y en el resto de la economía).

I

Modificaciones que determina el embarazo en el aparato genital:—Generalidades.

A). *Cuerpo del útero:—*Situación, direcciones, hipertrofia y peso.—Puntos de reparo para apreciar la ascensión del útero durante el embarazo.—Volumen, dimensiones y capacidad.—Modificaciones de forma en las diferentes edades del embarazo.—Cambios de consistencia y espesor según las edades del embarazo.—Inclinación.—Eje longitudinal y trasversal.

B). *El cuello del útero:—*Modificaciones del cuello del útero durante el embarazo.—Sus cambios de volumen (hipertrofia) forma, situación y dirección, consistencia, (reblandecimiento).—Estado de sus orificios.

C). *El segmento inferior del útero:—*Su definición.—El segmento inferior del útero durante el embarazo.—Estudio del orificio superior (llamado á ser el

anillo de BANDL.—Del orificio inferior (Istmo del útero) y de las paredes.

Ligero estudio sobre el origen del segmento inferior. Su estructura.

II

Propiedades del útero grávido:—Sensibilidad.—Irritabilidad.—Retractibilidad.—Contractibilidad.

III

Relaciones del útero grávido:—(Abdominales y pelvianas).—Durante los tres ó cuatro primeros meses.—Durante los últimos meses.

IV

Estructura del útero grávido:—Modificaciones de sus diversas capas (serosa, muscular y mucosa).

V

Vasos del útero grávido:—Arterias.—Venas.—Linfáticos y nervios.—Sus modificaciones.

VI

Modificaciones que el embarazo produce en los demas órganos genitales:—En la *Vulva* (tumefacción, coloración, leucorrea);—*Trompas* (relaciones y estructura);—*Ovarios* (función y situación);—*Ligamentos anchos, redondos y peritoneo* (volumen y situación);—*Glándulas mamareas* (volumen, areola, tubérculos mamareos, secreción lactea).

CAPÍTULO CUARTO

Biología de la mujer en cinta.—Modificaciones que imprime el embarazo en el resto del organismo.—Consideraciones generales.—Aspecto general de la mujer en cinta.

I

Aparato circulatorio:—Corazón y vasos.

Resúmen de las modificaciones que el embarazo normal determina en estos órganos.

Sangre:—Enumeración esquemática de sus modificaciones.

II

Aparato respiratorio:—Modificaciones mecánicas, capacidad respiratoria, elevación del diafragma, mayor frecuencia respiratoria.

Modificaciones químicas (aumento en la cantidad de ácido carbónico).

III

Aparato digestivo.—Nutrición:—Fenómenos de hipersecreción (ptialismo, sialorrea, estado naucioso, vómitos).—Extreñimiento.

Hígado.—Enumeración y ligero estudio de las modificaciones en las funciones (adipogénica, glicogénica, hematopoyetica, antitóxica).—Nutrición.—(Asimilación más completa).

IV

Aparato urinario:—Modificaciones en la capacidad vesical.

Frecuencia de la micción.—Modificaciones en la composición química de la orina (aumento de cloruros,

disminución de fosfatos y sulfatos de la urea y el ácido úrico), aumento del agua.

V

Sistema nervioso:—Consideraciones generales.
Soñolencia.—Laxitud.—Tristeza.

VI

Sistema oseo y articular:—Osteofitos (entre la dura madre y la cara interna del cráneo; frontal ó parietal).

Epoca en que aparecen.—Su composición.—Su extensión y espesor.—Su número.

Articulaciones de la pelvis: (sacro-iliacas, sacro-coccigia, sínfisis pubiana).—Sus modificaciones.

Aparato dentario.—Caries dentarias.

VII

Modificaciones en la pigmentación de la piel:—En las areolas de las mamas.—En el abdomen (línea negra).—En la cara (mascarilla, cloasma uterino).—Origen de esta pigmentación.

Resquebrajaduras ó estrias de la piel.—Su color y naturaleza (azuladas y lisas).— Su número.— Su extensión.

Cicatriz umbilical (ombligo).

Actitud y deambulación de la mujer embarazada.

CAPÍTULO QUINTO

Síntomas y signos del embarazo:—Consideraciones generales.—Clasificación aceptada por PAUL DUBOIS.—Signos de presunción y probabilidad (maternales).—Signos de certidumbre (fetales).—A imitación de TARNIER, nosotros adoptaremos para estudiar los signos del embarazo, el orden seguido en clínica para recogerlos.—Estudiaremos, pues, sucesivamente, los signos suministrados por él:—1.º El interrogatorio;—2.º La inspección;—3.º La palpación;—4.º La percusión;—5.º La Auscultación; y 6.º El tacto vaginal.

I

Exámen obstétrico:—*Interrogatorio*: a) Síntomas simpáticos; b) Estado de la menstruación (cesación de las reglas); c) Percepción por la madre de los movimientos activos del feto.

Antecedentes fisiológicos y hereditarios; antecedentes patológicos y obstétricos.

Estado de salud actual.

II

Inspección:—Enumeración de los signos suministrados por la inspección desde la cabeza hasta los pies: a) en la cara; b) en las mamas; c) en el abdomen; d) al nivel de las partes genitales; e) en los miembros inferiores; f) en la aptitud general.

III

Palpación:—Su importancia (es el principal método de exploración durante el embarazo).—Manera de practicar la palpación.—Posición que debe guardar la mujer.—Posición que debe guardar la obstetriz.

Datos adquiridos por la palpación: a) pared ab-

dominal, su estado; b) examen del útero,—altura del fondo del útero, cinta métrica para determinarla, puntos de reparo.

CUADRO DE LA ALTURA MEDIA DEL ÚTERO DURANTE
LAS DIVERSAS EDADES DEL EMBARAZO

A los	cuatro meses y medio.....	14	ctms.
" "	cinco "	16	"
" "	seis "	20	"
" "	siete "	24	"
" "	ocho "	28	"
" "	á término	32	"

Circunferencia umbilical.—Forma del útero, su consistencia en la primíparas y múltiparas.—Contracciones indoloras del embarazo (ellas son más frecuentes cuando el embarazo está más próximo á su terminación), sus resultados; c) exploración del contenido de útero: líquido amniótico, su cantidad; d) Placenta:—su situación; e) feto:—peloteo abdominal, percepción de los movimientos activos del feto, percepción de las diversas regiones fetales (cabeza, tronco y nalgas).

Diagnóstico de las presentaciones y posiciones por la palpación.

IV

Percusión:—Es una variación de la palpación sin gran importancia en la obstetricia.

V

Auscultación:—Ligera historia.—Importancia de la auscultación (la presencia de latidos fetales permite afirmar el embarazo; signo de certeza).

Manera de practicar la auscultación (inmediata y mediata).

Estetoscopio obstétrico.

Datos adquiridos por la auscultación.—Los ruidos percibidos provienen: a) del organismo materno; b) del feto.

Ruidos maternos:—a) Soplo uterino: sus caracteres, su origen, su valor semiológico; b) Ruidos diversos (borborismos, ruidos arteriales, latidos de la aorta).

Ruidos fetales:—a). Latidos del corazón: (soplo cardíaco, soplo funicular); b) Ruidos de mutacion (ruido de choque, de frote, rítmicos).

Diagnóstico de las presentaciones y posiciones por la auscultacion.

Foco máximo de auscultación.—Division topográfica del abdomen de la grávida bajo el punto de vista de la auscultación en cuatro cuadrantes (cuadrante inferior izquierdo, cuadrante inferior derecho, cuadrante superior izquierdo, cuadrante superior derecho).

CAPÍTULO SEXTO

Tacto vaginal:—Su importancia (es el principal medio de exploración durante el trabajo).

Manera de practicarlo, —Posición que debe guardar la mujer.—Posición que debe guardar la obstetriz.—Tacto uni y bi-digital.—Tacto manual.—Tacto combinado á la palpación.

Precauciones que debe tomar la obstetriz para practicar el tacto (el tacto no es peligroso si se practica asépticamente y con suavidad).

Datos adquiridos por el tacto:

1.—Exploración del cuello uterino:—a) Durante los primeros meses del embarazo (modificaciones mínimas); b) Durante la segunda mitad del embarazo (situación, volumen, forma, estado de los orificios, consistencia, resblandecimiento grávidico).

2.—Exploraciones del cuerpo del útero y del segmento inferior (volumen, forma, estado de los orificios, consistencia, resblandecimiento).—Signos de HEGAR y BUDIN.—Situación y dirección.—Baloteo vaginal, manera de buscarlo.—Encajamiento de la parte fetal.

3.—Explotación de las partes blandas de la pelvis (vulva, vagina, fondos de saco, periné, tumores, quiste, etc).

Importancia de esta exploración.

4.—**Exploración de la pelvis.**—Buscar el promontorio lumbar ó sacro.—Sus caracteres anatómicos.—Manera de diferenciarlo de un falso promontorio lumbar ó sacro.

Tacto mesurador.—Exploración del sacro, de la sinfisis sacro-iliaca y del arco anterior de la pelvis.

Pelvimetría interna.—Diámetro sud-pubiano.—Manera de medirlo.

CAPÍTULO SÉTIMO

Diagnóstico del embarazo:—A). Diagnóstico diferencial del embarazo, de otros estados morbosos que pueden simularlo.—(Estos estados morbosos residen en el sistema nervioso ó en el sistema genital, (embarazo nervioso ó imaginario, metrites perenquimatosa crónica, tumores uterinos y ovaricos; hematometría).

B). Diagnóstico de la edad del embarazo.—Descripción esquemática de los diferentes signos que se observan en el curso del embarazo.

Duración y fijación del término del embarazo.—Generalidades.—Número de días que dura el embarazo.—Puntos de reparo para determinar aproximadamente el término del embarazo:—1.º Época del coito fecundante; 2.º Última época menstrual; 3.º Época de los primeros movimientos activos del feto; 4.º Particularidades recogidas por el exámen de la mujer.

Procedimientos para calcular la data probable del parto.—Procedimientos de PINARD, TOCHIER, AUVAR, TARNIER y VARNIER.

Calendario del embarazo.

Diagnóstico diferencial de la primiparidad y pluri-paridad.

Diagnóstico diferencial entre embarazo simple y embarazo múltiple, (bigemelar, trigemelar, etc).

Diagnóstico de feto vivo y sano, feto vivo que sufre y feto muerto en la cavidad uterina.

CAPÍTULO OCTAVO

Higiene del embarazo:—Cuidados higiénicos durante el embarazo.—Exámenes: a) Examen de la mujer (asegurarse que no hay anomalía obstetrical, ninguna enfermedad orgánica); b) Exámen de la orina (investigar la albúmina).

Cuidados de higiene y limpieza: a) higiene general (paseos, esports, viajes, vestidos, profesión); b) higiene digestiva (alimentación: evitar la constipación); c) higiene genital (coito, toilettes, inyecciones; estas últimas inútiles en general); d) higiene de las mamas.



TERCERA PARTE

PARTO

Definición.—División del parto: a) según el tiempo en que se realiza (parto abortivo, prematuro, precoz, á término, tardío ó serotino); b) según el modo como se efectúa (parto natural, fisiológico ó eutócico; su subdivisión en natural fácil y natural difícil; parto no natural, patológico ó distócico; su subdivisión en espontáneo y artificial); c) según el número de fetos (parto simple, múltiple ó gemelar).

CAPITULO PRIMERO

I

Parto propiamente dicho:—Causas del parto (determinantes y eficientes).

*Causas determinantes:—*Hipótesis.—Ley de la herencia.

*Causas eficientes:—*Contracción uterina.—Contracción de los músculos abdominales.

II

Estudio analítico del parto:—Fenómenos del trabajo (activos y pasivos).

A). *Fenómenos activos*.—Nociones fisiológicas de la contracción uterina.

Contracciones uterinas (ritmo, duración, intensidad y dirección).—Estudio clínico de la contracción.—Dolores.—Sus relaciones con la contracción.—Estudio clínico del dolor.—Contracciones abdominales.—Contracciones vaginales.

B). *Fenómenos pasivos*.—Consideraciones generales. División de su estudio en tres partes.

1°. *Modificaciones que experimentan los órganos genitales*:—*Utero*: desaparición y dilatación del cuello.—*Derriame de moco gleroso* (limos).

Modificaciones ovulares:—Bolsa de las aguas.—Variación de forma.—Modos de ruptura de la bolsa de las aguas.—Papel fisiológico de la bolsa de las aguas.—Caracteres del líquido amniótico.

2°. *Vagina, vulva y periné*:—Dilatación de la vagina y de la vulva.—Distensión del periné.

3°. *Modificaciones generales que experimenta el organismo materno durante el parto*:—a) fenómenos nerviosos; b) fenómenos circulatorios; c) calorificación; d) respiración; e) digestión.

Modificaciones generales que experimenta el organismo fetal.—a) circulación; b) respiración.

CAPÍTULO SEGUNDO

I

Diagnóstico del parto:—Consideraciones generales. El tacto digital es el principal medio de exploración para el diagnóstico seguro del comienzo del parto.

II

Curso clínico del parto:—Su división en cuatro períodos.—*Primer período*:—Premonitor;—*Segundo período*:—De dilatación;—*Tercer período*:—De expulsión;—*Cuarto período*:—Alumbramiento.

Estudio clínico de cada uno de ellos.

III

Duración del parto:—Consideraciones generales.

CUADRO SOBRE LA DURACIÓN MEDIA DE LOS TRES
ÚLTIMOS PERÍODOS DEL PARTO:

PERIODO	PRIMÍPARA	PLURÍPARA
Dilatante.....	13 horas	9 horas
Expulsivo.....	2 „	1 „
Del alumbramiento.....	$\frac{1}{4}$ „	$\frac{1}{4}$ „

Pronóstico del parto para la madre y el feto.

CAPÍTULO TERCERO

Mecanismo del parto en general:— Definición.— Nociones generales sobre los fenómenos mecánicos del parto.—Ley general del mecanismo del parto; su simplificación para facilitar el estudio, considerando tres tiempos principales (encajamiento, desprendimiento y descenso) y tres complementarios anexos á cada uno de los principales (flexión, rotación y deflexión).

Presentaciones y posiciones longitudinales.— Su enumeración (ver para recordar los cuadros de presentaciones y posiciones al tratar de la actitud del feto en la cavidad uterina).

CAPÍTULO CUARTO

Presentaciones de vértice:— Caracteres generales de la presentación.—Definición.—Frecuencia.—Etiología.

Recuerdo de las dimensiones variables de la cabeza segun la actitud (intermediaria, flexión media y flexión forzada).

Diversas altitudes de la presentación.—Definición
Clasificación (móvil, movilizable, fija y encajada).

Orientación de la presentación (posiciones).—Puntos de reparo fetal (occipuccio y pequeña fontanela).—Punto de reparo pelviano (extremidades de los diámetros oblicuos).

Orden de frecuencia en las posiciones.

1.º — *Signos y diagnóstico de la presentación de vértice durante el embarazo*:— a) interrogatorio; b) inspección; — c) palpación.

Signos suministrados por la Palpación:— 1.º de extremidad cefálica; 2.º de extremidad pelviana; 3.º del dorso (plano de resistencia); 4.º de las partes pequeñas.

Palpación del hombro.—Modo de buscarlo.

Mesuración del hombro (distancia que separa el hombro anterior de la línea media, medida de la altura del hombro, descenso sud-pubiano del hombro).

Valor de todas estas mesuraciones para determinar:— 1.º la posición del dorso; 2.º la altura de la cabeza; 3.º para el pronóstico;— d) Auscultación (debe practicarse sobre la línea de descenso sud-pubiana del hombro que es donde se encuentra el foco de auscultación máximo;— e) Tacto (es un modo de exploración accesorio durante el embarazo, pero útil para verificar el diagnóstico de la presentación).

2.º — *Diagnóstico de la presentación de vértice durante el parto*:— a) palpación (es posible en el intervalo de las contracciones; b) auscultación (debe practicarse entre dos dolores); c) tacto (es el principal medio de exploración para el diagnóstico de las posiciones durante el trabajo).

CAPÍTULO QUINTO

I

Mecanismo del parto en las occipito iliacas izquierdas anteriores.— O, I. I. A. — Primer tiempo:—

Encajamiento y flexión.—Mecanismo.—Orientación de la cabeza.—Inclinación de la cabeza (sinclitismo, asinclitismo posterior).—Signos del encajamiento suministrados por la palpación abdominal y por el tacto.

Segundo tiempo:—Descenso y rotación.—Signos clínicos del descenso suministrados por la palpación, el tacto y la vista.

Tercer tiempo:—Desprendimiento y deflexión.—Mecanismo.

II

Mecanismo del parto en las occipito iliacas derechas posteriores.—O. I. D. P.—*Primer tiempo:*—Encajamiento.

Segundo tiempo:—Descenso.—Mecanismo.—Anomalías de la rotación (occipito-sacra).

Tercer tiempo:—Desprendimiento.

III

Mecanismo del parto en las occipito-iliacas derechas anteriores.—O. I. D. A.—(Estas posiciones son excepcionales y al presentarse, el mecanismo del parto es análogo al de las izquierdas anteriores).

IV

Mecanismo del parto en las occipito iliacas izquierdas posteriores.—O. I. I. P.—(Muy frecuentes durante el embarazo, ellas se corrijen casi siempre en anteriores durante los últimos días, siendo por consiguiente raras durante el parto; el mecanismo es análogo al de las derechas posteriores).

Anomalías en el mecanismo del parto de vértice.—Pronóstico del parto de vértice.

V

Deformaciones de la cabeza fetal:—1º.—*Partes blandas:*—a) bolsa sero sanguínea.—Variedades de sitio

del tumor sanguíneo según las variedades de posición;
b) cefalohematoma.—Su estudio.

2º.—*Partes oseas*.—Moldeamiento de la cabeza fetal.

CAPÍTULO SEXTO

I

Presentaciones de cara:—Caracteres generales de la presentación.—Definición.

División de las presentaciones de cara en primitivas y secundarias (las primeras son excepcionales, las segundas son las más frecuentes).—Etiología.

1º.—*Causas pasivas*:—a) maternas (multiparidad, estrechéz pelviana, oblicuidad uterina, tumores); b) causas fetales (aumentación del volúmen del feto, conformación craneana, malas formaciones); c) causas ovulares (hidropeía del amnios, inserción baja de la placenta, brevedad ó circulares del cordón).

2º.—*Causas activas*:—(Todas maternas).

Orientaciones de la presentación de cara.—Puntos de reparo fetal (mentón).—Puntos de reparo pelviano (extremidades de los diámetros oblicuos)

Orden de frecuencia en las posiciones.

II

Diagnóstico: — 1.º *Diagnóstico durante el embarazo*:—a) interrogatorio; b) inspección y palpación; c) auscultación; d) tacto.

2º.—*Diagnóstico durante el trabajo*:—a) palpación; b) tacto (diagnóstico de la presentación y posiciones por el tacto).

III

Mecanismo del parto en la presentación de cara:

Primer tiempo:—Encajamiento y deflexión.—Mecanismo.

Segundo tiempo:—Descenso y rotación.—Mecanismo del descenso.—Diferencias en la duración de la rotación durante el descenso en las mento-anteriores y en las mento-posteriores.—Anomalías del segundo tiempo.

Tercer tiempo:—Desprendimiento y flexión.—Mecanismo.

Anomalías del mecanismo del parto en la presentación de cara.—El pronóstico maternal es relativamente bueno en las mento-anteriores (él es malo en las mento-posteriores).

IV

Deformaciones de la cara:—*Partes blandas*:—Bolsa cero-sanguínea.—Sitio.—Duración.—Actitud de la cabeza.

Partes oseas:—Deformaciones.

V

Presentación de frente:—Frecuencia.—Causas.—Orientaciones de la presentación de frente.—Punto de referencia fetal (nariz).—Diagnóstico por la palpación, auscultación y tacto.—Mecanismo del parto.

Primer tiempo:—Encajamiento.

Segundo tiempo:—Descenso.

Tercer tiempo:—Desprendimiento (gran dificultad en el cumplimiento de este tiempo).

Pronóstico maternal y fetal.

Deformaciones de la cabeza fetal.

CAPÍTULO SÉTIMO

I

Presentaciones de nalgas:—Caracteres generales de la presentación.

División:—Nalgas completa y nalgas incompleta: Tres variedades (modalidad de nalgas, modalidad de rodillas y modalidad de pies).

Temporales y definitivas; primitivas y secundarias. Frecuencia.—Pronóstico.—Etiología.

1°.—*Causas de orden fetal*:—a) Muerte y maseración del feto; b) hidrocefalia; c) Embarazo gemelar.

2°.—*Causas de orden maternal*:—a) Utero (multiparidad, malas formaciones uterinas, tumores uterinos); b) Pelvis (estrechés pelviana; c) Organos pelvianos (tumores del sacro, del ovario, etc).

3°.—*Causas de orden ovular*:—a) Líquido amniótico (hidramnios, oligoamnios); b) Placenta (placenta previa); c) Cordon (brevedad).

II

Diagnóstico durante el embarazo y el parto:—1.º *Diagnóstico durante el embarazo*:—a) Palpación; b) Auscultación; c) Tacto.

2º.—*Diagnóstico durante el trabajo*:—a) Palpación b) Auscultación; c) Tacto.—Datos recogidos por el tacto:—durante la dilatación (bolsas de las aguas en forma de budín).—Después de la ruptura de las membranas (diagnóstico de la presentación completa y de las variedades de posición, tomando el coccis como punto de reparo fetal) y diagnóstico de las variedades de la presentación en su modalidad (de rodillas, pies y verdadera modalidad de nalgas: nalgas incompleta).

III

Mecanismo del parto en la presentación de nalgas completa:—(su conocimiento es indispensable si se tiene que intervenir).—Caracteres generales del trabajo en esta presentación.

Exposición rápida del mecanismo normal de los tres partos. (nalgas, hombros, cabeza).

Primer tiempo:—Encajamiento (el encajamiento se hace generalmente en el diámetro oblicuo).

Segundo tiempo:—Descenso

Tercer tiempo:—Desprendimiento.

Desprendimiento de la cabeza última.—Anomalías del descenso y del desprendimiento.

Mecanismo del parto en la presentación de nalgas incompleta ó verdadera modalidad de nalgas:— Es más frecuente que la anterior).

Primer tiempo:—Encajamiento (el encajamiento se hace generalmente durante el embarazo).

Segundo tiempo:—Descenso.

Tercer tiempo:—Desprendimiento.

Anomalías del parto de nalgas:—Pronóstico para la madre y para el feto.

CAPÍTULO OCTAVO

Embarazo y parto gemelar:—Nociones generales.—Divisióños.—Causas.—Frecuencia.

CUADRO EXPLICATIVO

	bi-folicular:—dos huevos separados.
	{ mono-folicular:—una sola placenta, una caduca común.
<i>Bi-vitelina</i>	{ bi-ovariana.
	{ mono-ovariana.
	{ bi-ovular:—dos corion, dos circulaciones aisladas.
	{ uni-ovular:—un solo corion, gemelos angeopajes.
<i>Uni-vitelina</i>	{ bi-amniótica.
	{ mono-amniótica.

I

Modo de producción del embarazo gemelar:—

1°.—Embarazo bi-vitelino.—Mecanismo de su producción (superimpregnación, superfecundación y superfecundación (es muy común).

2°.—Embarazo uni-vitelino.—Mecanismo de su producción (es una monstruosidad poco común).

Disposición del huevo en el embarazo gemelar:—a)

en los embarazos bi-vitelinos: b) en los embarazos uni-vitelinos.

II

Variedades de presentación gemelar: — Cuadro explicativo y orden de frecuencia (las longitudinales son las mas corrientes).

CUADRO GRÁFICO

1.º.....	66. =	— cabezas
2.º.....	69. =	— cabeza y nalga
3.º.....	96. =	— nalga y cabeza
4.º... ..	99. =	— nalgas
5.º.....	I =	longitudinal y trasversal
6.º.....	I =	trasversal y longitudinal
7.º... ..	II =	trasversales
8.º.....	+	= cruzados (raros)

III

Síntomas del embarazo gemelar:—a) Interrogatorio (antecedentes, síntomas funcionales, movimientos activos); b) Inspección; c) Mensuración (altura uterina, circunferencia abdominal); d) Palpación (es el solo procedimiento que dá signos absolutos característicos si se encuentran cuando inenos tres polos); e) Auscultación (dos focos con números diferentes de pulsaciones); f) Tacto (medio de diagnóstico para aumentar la certidumbre).

IV

Marcha del embarazo gemelar:—Complicaciones (aborto, hidramnios agudo y crónico, muerte de uno de los fetos, parto prematuro).

V

Diagnóstico del embarazo gemelar:—Diagnóstico positivo.

Diagnóstico diferencial (muy difícil).

1°. Durante los cinco primeros meses con:—la mola y el hidramnion;—2°. Durante los cuatro últimos meses con:—feto grande, hidramnion y embarazo simple complicado de fibroma (gran signo diferencial].

VI

Marcha del embarazo y parto gemelar:—Marcha del embarazo gemelar (generalmente parto prematuro).

Marcha del parto gemelar.—Sus caracteres.—Parto sucesivo (eutósico).—Parto simultáneo (distosia excepcional).

Pronóstico del embarazo y parto gemelar.—Pronóstico maternal.—Pronóstico fetal.

CAPÍTULO NOVENO

Alumbramiento normal:—Definición.—Su división en espontánea, natural, artificial y manual.—Pares ó secundinas.

I

Marcha del alumbramiento normal:—Nociones generales.—Su división en tres períodos bajo el punto de vista clínico.

Primer período:—De reposo fisiológico.—Signos subjetivos, y signos objetivos (globo de seguridad).

Segundo período:—De contracción dolorosa.—Signos subjetivos y objetivos.

Tercer período:—De dolores expulsivos.—Duración de este período.

II

Mecanismo del alumbramiento:—División en tres tiempos:

Primer tiempo:—Desprendimiento de la placenta (corresponde al período de reposo fisiológico).—Modos

del desprendimiento de la placenta.—Mecanismo de BAUDELOCQUE (presentación por la cara fetal).—Mecanismo de DUNCAN (por su cara maternal).

Segundo tiempo:—Pasaje de la placenta á la vagina y desprendimiento de las membranas: a) Desprendimiento primitivo de las membranas; b) Desprendimiento secundario de las membranas.

Signos del desprendimiento de la placenta y de las membranas;

1º Signos suministrados por la palpación del útero: a) Ascensión del fondo del útero; b) Disminución del diámetro trasversal.

2º Signos que revelan la independencia del útero y las secundinas (signo de FABRE).

3º Tacto vaginal (debe ser proscrito durante el alumbramiento).

¿Cuál es el tiempo necesario para que la independencia del útero y de las secundinas sea completo?

Tercer tiempo:—Expulsión de la placenta.

Signos suministrados por la palpación y el examen del pulso después del alumbramiento.

Pérdida de sangre:—Sus caracteres según el modo de presentación de la placenta.—Cantidad media de sangre que se pierde.—Ligadura viviente de PINARD.—Su importancia.—Su mecanismo.

CAPÍTULO DÉCIMO

CUIDADOS HIGIÉNICOS:—ASEPSIA Y ANTISEPSIA DURANTE EL PARTO.

I

Preparativos necesarios en todo parto:—1º Preparativos preliminares:—Estuches de obstetrix.—Instrumentos, medicamentos, materiales de cura.

2º Preparativos en casa de la parturiente:

Primer caso:—Los objetos necesarios han podido ser pedidos de antemano.

Segundo caso:—La obstetriz es llamada de urgencia; nada ha sido previsto.

3° Preparativos en la clínica.

II

Cuidados durante el trabajo:—1° Preparativos y cuidados generales:—La habitación de la parturiente.—La cama.—Los vestidos.—El régimen alimenticio.—Bebidas.—Sueño.

2° Cuidados de asepsia y antisepsia.

A). Asepsia de la obstetriz y de la guardia (todo lo que debe aproximarse á los órganos genitales debe estar aséptico):—Los instrumentos.—Las manos.—Dificultades de la limpieza de las manos.—Los dediles.—Los guantes de caucho y de hilo.—Casos en los cuales son indispensables.

¿Es necesario abstenerse del tacto vaginal?

B). Asepsia de la parturiente:—Baños—¿son útiles? Toilettes, enemas, evacuacion de la vejiga, jabonamiento de la región vulvar y abdominal.—Inyecciones vaginales (son inútiles, excepto en ciertos casos especiales; leucorrea, vaginitis.)

C). Preparativos del material instrumental (calderas, cubetas, escobillas, cánulas, pinsas hemostáticas, tijeras, pinsa de HEGAR, sonda de MELATÓN, jeringa PRAVAZ, hilo de seda N.º 4 para la ligadura del cordón, agua fría y caliente, mandil, gaza esteril, etc).

CAPÍTULO UNDÉCIMO

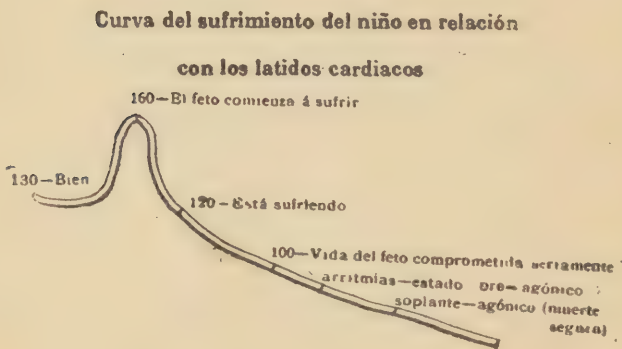
I

Conducta que debe seguirse durante el parto normal:—a) Período de acortamiento del cuello:—Asegurarse que todo está preparado (instrumentos, medicamentos, etc.)—Evacuar la vejiga y el recto;

b) Período de dilatación: — Paciencia, vigilar el trabajo y asepsia. — Valor de la auscultación (menos importante). — El tacto (cuando la dilatación es de medio sol en las multíparas y de un sol en las primíparas, la obstetriz no debe abandonar á la paciente). — Actitud de la parturiente en este período (puede estar andando pero mejor es que esté echada);

c) Período de expulsión (el papel de la obstetriz es más activo). — Ruptura de las membranas espontánea (utilidad de practicar el tacto en este momento). — Ruptura artificial de las membranas:—Momento (cuando la dilatación es completa). — Auscultación (frecuentemente cada cinco ó diez minutos).

(El meconio y el número de latidos fetales son los que nos dan la norma de conducta en este período).



Actitud de la parturiente durante el trabajo: — Variable en Alemania, Inglaterra y Francia. — En el momento de la contracción:—Hacer pujar á la mujer hacia abajo y atrás (como para hundir el colchón);

d) Vigilancia del periné (levantar la pelvis, moderar la brusquedad de la expulsión, dirigir el pasaje del feto á través del anillo vulvar).

II

Ligadura y sección del cordón umbilical: —¿Es necesario ligar el cordón?—Momento de la ligadura.—Ligadura retardada, inmediata y tardía.—Manual operatorio.

Curación del cordón.—Curación al alcohol (la que da mejores resultados).—Manual operatorio.—Sección secundaria del cordón.

III

Conducta á tener durante el alumbramiento normal: —(La obstetriz no debe abandonar á la paciente sino una hora después de la expulsión de las secundinas).

Precauciones antisépticas.—Vigilancia del derrame sanguíneo (por la palpación del útero, por la inspección de la región vulvar y por el exámen del pulso).—Alimentación.—Bebidas.—Sueño (recomendar no dormir).

Exploración vaginal (está prohibida).—Maniobras prohibidas:—1º.—no se ejercerá maniobras sobre el cordón; 2º.—Se evitará la malasación del útero.

Maniobras de CREDE (está prohibida).

Práctica del alumbramiento retardado: —Vigilancia del desprendimiento de la placenta.—Tiempo que debe esperarse (dos horas).—Método de extracción simple: Reglas: 1ª. No debe intervenirse jamás durante el período de inercia fisiológica; 2ª. No debe intervenirse sino cuando la placenta está desprendida (pequeño signo de FABRE).

Métodos de TARNIER Y PINARD.

Ventajas del método del alumbramiento retardado. Método francés ó combinado de AHLFELD.—El método francés es el mejor en caso de retardo del alumbramiento normal.—Indicación de la intervención (aceleración del pulso).

Maniobra de la torción de la placenta ó del retardo de expulsión (profiláctica de la retensión de membranas).

CAPITULO DUODÉCIMO

Conducta que debe observar la obstetriz en cada una de las presentaciones y posiciones durante el embarazo y el parto.

I

Presentación de vértice:—A) *Durante el embarazo.* Cinturón abdominal de PINARD (si la cabeza es móvil, para inmovilizarla en buena posición).

B) *Durante el trabajo.*—(La conducta debe ser la del parto normal hasta el momento del período de expulsión).

—Período de expulsión:—Protección del periné.—Comprende dos maniobras:—a) completamiento de la flexión de la cabeza; b) deflexión de la cabeza (manobra de OLSHAUSEN.—En caso difícil, maniobra RITGEN.—Desprendimiento de circulares del cordón.—Desprendimiento de los hombros.

Indicaciones de intervenciones:—Intervenciones en las posiciones anteriores; indicacion de forceps.—Intervenciones en las posiciones posteriores:—a) indicaciones de la rotación artificial; b) aplicación de forceps.

II

Presentación de cara:—A) *Durante el embarazo:*—Maniobras destinadas á trasformar la presentación de cara en la de vértice (son abandonadas por su fracaso y el riesgo de cambiar la presentación por otra más peligrosa).

B) *Durante el trabajo:*—(Parecida á la seguida en la de vértice).—Vigilar que la cabeza no se flexione.—Vigilar con cuidado el desprendimiento de la cabeza (es bueno elevar las nalgas para favorecer el desprendimiento).

Indicaciones de intervención:—En las mento-iliacas anteriores; el forceps está indicado.—En las mento-ilia-

cas derecho posteriores; si la presentación es móvil, versión; si la presentación es fija, lo mejor es esperar el parto espontáneo; si el feto sufre, mejor es hacer aplicación de forceps.

Presentación de frente:—Es más peligrosa que una de cara.

Indicaciones de intervención:—Si la cabeza es móvil, versión; si la cabeza está encajada, esperar, porque el parto espontáneo es posible.—La aplicación de forceps es muy difícil.

III

Presentación de nalgas:—Gran extracción.

A) *Durante el embarazo:*—Versión por maniobras externas.—Indicación.—Momento de elección.—Manual operatorio.—Dificultades.—Resultados: ventajas é inconvenientes.—Cuidados consecutivos.—Versión por maniobras mixtas (son peligrosas é inútiles).

B) *Durante el trabajo:*—Parto espontáneo (la obstetriz debe limitarse al mínimo de maniobras, debe ser muy paciente en esta presentación, no apresurarse antes de la aparición del ombligo á la vulva).—Ansa del cordón.—Desprendimiento de los hombros.—Desprendimiento de la cabeza.—Maniobra de MAURICEAU; su manual operatorio.—Maniobra de PRAGA; sus inconvenientes (no hacerla).

Dificultades á la salida de las nalgas (no intervenir en cualquier momento sino en caso de indicación absoluta; no tirar sobre las nalgas sino cuando la dilatación es completa).

Indicaciones de intervención:—Si hay signos de sufrimiento del feto, gran extracción.

IV

Conducta á tener durante el embarazo y en el parto gemelar:—*Durante el embarazo:*—Poner en reposo á la mujer durante el último mes, para evitar el parto prematuro.

Durante el trabajo:—Período de expulsión.—Expulsión del primer feto; protección del periné.—Sección del cordón entre dos ligaduras.

Indicaciones de intervención:—Sufrimiento del feto ó presentación transversal, (forceps ó versión).

Expulsión del segundo feto.—Si no hay signo de sufrimiento, esperar 40 minutos para la ruptura artificial de la bolsa de las aguas y esperar la expulsión; si hay signo de sufrimiento ó se produce hemorragia, versión ó extracción podálica, según la presentación.

Durante el alumbramiento, alumbramiento retardado.

Declaración del nacimiento.



CUARTA PARTE

PUERPERIO NORMAL

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones generales sobre el puerperio.—Definiciones.

Estudio anatómico del puerperio:—Dimensiones del útero después del parto.—Dimensiones normales.—Involución macroscópica (descenso del fondo del útero:—un centímetro por día.)

I

Exámen de la puérpera: — Inspección y palpación.—Exámen de las regiones vulvar y perineal.

Cuidados á la puérpera.—Primera cura de la parturiente después del alumbramiento.

Cuidados asépticos y antisépticos:—Toilettes externas, vendaje oclusivo.—Inyecciones intra-uterinas; (inútiles y peligrosas).—Inyecciones vaginales; (inútiles si el puerperio es normal).

Cuidados generales:—Vigilar el pulso y la temperatura (todos los días).—Vigilar la regresión uterina.—Vigilar los loquios.—Alimentación.—Bebidas.

Cólicos uterinos (intuertos).—Cuidados de las mamas.—Secresión láctea.—Caracteres de la leche.
Evacuación.—Intestinal y vesical.

II

Involución uterina:—Definición.—Estudio clínico de la regresión uterina.—Palpación.

Actitud y relaciones del fondo del útero durante el puerperio:—a) inmediatamente después del parto; b) á las veinticuatro horas; c) á las cuarentaiocho horas; d) á los tres días, etc.

CUADRO DE LA ALTURA MEDIA DEL ÚTERO DURANTE LOS DOCE PRIMEROS DIAS QUE SIGUEN AL ALUMBRAMIENTO

Primíparas inmediatamente después del parto....	15 ctns.
„ al segundo día.....	13 „
„ al tercer día.....	12 „
„ al cuarto día.....	11 „
„ al quinto sexto y sétimo día.....	10, 9 y 8 „
„ al octavo día.....	7 „
„ al noveno y décimo día	6 y 5 „
„ al décimo segundo día desaparece detrás del pubis.	

Anomalías de la evolución.

III

Terminación clínica del puerperio:—La cuestión del alta.—Antes: (se dejaba mucho tiempo en la cama; cuatro semanas); actualmente: (fuerte reacción).—No exagerar en ningún sentido.

Retorno de las ocupaciones. (Tres semanas después del parto término mínimo).—Viajes.—Relaciones sexuales.—Retorno de las reglas (á los cuarentaicinco días).
Variaciones según los individuos.

CAPÍTULO SEGUNDO

Eugenética:—Definición.—Asepección de la palabra.—Su división.—Importancia de su vulgarización.

I

Nociones sobre la Puericultura antes de la procreación:—(“El optimun fisiológico” de PINARD).

II

Nociones sobre la Puericultura intra-uterina:—Protección del niño durante el embarazo, es decir, protección de la mujer en cinta.—Higiene.—Asilos para mujeres embarazadas.—Asistencia de la mujer en cinta á domicilio (guardia obstétrica de Lima).

Medicaciones en la puericultura:—Medicación anti-sifilítica, anti-tuberculosa, anti-palúdica y anti-ecláptica.

III

Puericultura después del nacimiento:—Definición.—Su extensión.—Puericultura del primer año.

Cuidados que debe darse al niño inmediatamente después del nacimiento:—Muerte aparente del niño: asfixia azul y asfixia blanca.—Causas.—Síntomas, diagnóstico y pronóstico.

Tratamiento:—Primer tiempo: desembarazar la garganta de mucosidades; procedimiento manual, procedimiento instrumental (insuflador de RIBEMONT).—Segundo tiempo: excitación de la primera respiración (baño caliente á 40°, agua fría sobre el tórax, fricciones al alcohol).—Procedimiento de SYLVESTER: su técnica y duración.

Cuidados del lado de los ojos.—Profilaxia de la ophthalmia purulenta.—Método de CRÉDÉ modificado (colirio de nitrato de plata al 1%).

Exámen del niño (sexo, región anal: imperforaciones; región dorsal: espina bífida; etc.)

Ligadura del cordón. — Véase cordón umbilical durante el alumbramiento.

Toilette del niño. — La limpieza del cuerpo debe hacerse con aceite esterilizado, baño tibio en una pieza á 18° para evitar los enfriamientos, limpieza de la boca con una mezcla de: sacaroza 1 gramo; bicarbonato de soda 50 centigramos; agua un litro (polvos de talco esterilizado en el cuerpo). — Vestido esterilizado al autoclave. — Cuna del recién nacido, — Limpieza frecuente del niño.

Alimentación del niño durante los quince primeros días: — 1°. *Lactancia durante los primeros quince días:* a) curva diaria del peso (balanza pesa niños); b) frecuencia de las mamadas (durante las 24 horas del nacimiento, agua de asahar). — Método de las mamadas espaciadas: — Cuadro:

EDAD	Mamadas	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Un día...	Nada		Agua de Asahar	
Dos días.	Dos ..	Una		Una
Tres "	Tres..	Una á las 7	Una á las 12.....	Una á las 10
Cuatro "	Cuatro	Una " " 7	Dos " " 12 y 5..	Una " " 10
Cinco "	Cinco.	Dos á 7 y 10	Dos " " 3 y 6..	Una " " 10
Seis "	Seis..	Tres cada 3h.	Tres cada 3 horas..	
Siete á 15	Siete..	Tres " "	Tres " 3 " ..	Una.....

c) Cantidad de leche materna que debe tomar el niño durante los quince primeros días (fórmula de FABRE). Duración de las mamadas (cinco minutos en cada seno); d) temperatura del niño; e) evacuación intestinal (meconio), emisión de orina; caracteres.

Declaración civil del nacimiento.

2°. *Alimentación mixta durante los primeros quince días.* — (La curva de peso diario demuestra en ciertos casos la necesidad de completar las mamadas).

3°.—*Alimentación artificial durante los primeros quince días.*—Las contra-indicaciones absolutas de la alimentación maternal son raras: (agalactia, estado general muy grave de la madre, tuberculosis, umbilicación de los pesones, asistolia).

Cuidados que deben darse al niño durante el primer año: — *Alimentación maternal.*—Indicaciones y contra-indicaciones de la alimentación maternal (nada es mejor que la alimentación maternal).—La fiebre puerperal grave es una contra-indicación; en la forma de endometritis ligera, no contra-indica la lactancia.

Fisiología de la mujer que lacta:—Reglas higiénicas.—Alimentación (debe beber y comer un poco más de lo corriente, la mayor parte de los alimentos son permitidos).—Higiene general y especial de las mamas.—Medicaciones durante la lactancia.

Pesones umbilicados.—Pesoneras.

Reglas de la alimentación al seno:—Los niños deben ser alimentados cada tres horas.

Duración de las mamadas (quince minutos máximo).—Cantidad de leche que debe darse: durante el primer mes; fórmulas de BUDIN y PERRET.—Durante los meses siguientes; fórmula de TERRIEN.—Curva del peso del niño (es la base para la alimentación).—Durante el primer año:—Al nacimiento, tres kilos; entre cuatro y cinco meses, seis kilos; al año, triplica su peso.

Evolución de los dientes.—La primera dentición aparece entre los siete y ocho meses.—Orden de su aparición.

Edad en que el niño comienza á caminar (doce á catorce meses).

Accidentes que pueden sobrevenir en el curso de la alimentación al seno:—*Del lado de la Madre:*—a) reaparición de las reglas (no tiene ninguna influencia sobre la alimentación); b) aparición de un nuevo embarazo.

Del lado del niño:—a) vómitos:—tratamiento y consejos; b) constipación:—tratamiento y consejos; c) afecciones cutáneas (eczema del niño):—tratamiento y consejos.

Epoca del destete.—Sus reglas (debe ser lento y progresivo).

Alimentación mercenarea.— Elección de una nodriza.

Análisis de la leche.—Método rápido del análisis en las maternidades europeas.

1º.—*Buscar la cantidad de crema*.—a) coloración de la leche con azul de metileno; b) centrifugación eléctrica por cinco minutos; c) hacer el cálculo basado en que cada división del tubo corresponde á tres gramos de crema por litro.—Cantidad de crema normal.

2º.—*Buscar la cantidad de caseína*.—a) mezcla de la leche descremada con una solución picrocítica; b) centrifugación eléctrica; c) hacer el cálculo sabiendo que cada división del tubo corresponde á un centígramo de caseína.—Cantidad normal de caseína.

Alimentación mixta.—Indicaciones.—Reglas de esta alimentación.—A) Elección de leche (generalmente mezcla de agua con leche de vaca);—B) Preparación de la leche:—a) esterilización; b) ebullición al aire libre; c) ebullición en botella ó baño-maria (aparato de SOXHLET); d) pastourización;—C) Biberones, su elección;—D) Cantidad de leche que debe suministrarse al niño para completar la alimentación maternal.—Reglas para determinarla.

Resultados de la alimentación mixta.

Alimentación artificial.—(no debe ser jamás aconsejada).—Aconsejar á una madre que alimente á su hijo artificialmente, es echar sobre si una gran responsabilidad.

Accidentes de la alimentación artificial (gastro enteritis, cólera infantil, atrepcia).—Tratamiento (profiláctico y curativo).

Higiene general del niño.—Vacunación del niño.—Su importancia.

Cuidados que deben darse al niño débil y prematuro.—Definición.—Descripción de un niño débil.—Accidentes á que están expuestos los niños débiles y prematuros.—Medios de evitarlo.—Incubadoras.

Alimentación del débil.—Cantidad de leche que deben tomar los débiles.—Reglas de BUDIN.

Recién nacido sifilítico.—Diagnóstico de la heredo-especificidad.—Signos de certidumbre (Pénfigo-Coriza).

Conducta que debe tenerse con los sifilíticos. — Pronóstico.

Resultado del tratamiento en los heredo-sifilíticos.

Instituciones protectoras de la infancia:—Consultorios para niños.—Gota de leche (para examinar á los niños y enseñar la lactancia artificial. — Fundación estilo BUDIN.—Asilos para criaturas enfermas y anormales.—Pouponniere (asilo destinado á los niños normales).—Única institución en Lima (la Auxiliadora de la Infancia).—Necesidad de su incremento y protección.—Necesidad de distribuir cartillas dando consejos á las madres, sobre los cuidados y alimentación de sus hijos.



QUINTA PARTE

PATOLOGÍA DE LAS FUNCIONES DE LA REPRODUCCIÓN GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO.

CAPÍTULO PRIMERO

Patología de la gestación:—Consideraciones generales;—División en Patología de la madre y Patología del huevo; división de esta última en Patología del feto y Patología de los anexos fetales.

Como apéndice de la Patología del embarazo estudiaremos el aborto y el embarazo intrauterino.

Patología de la madre:—Su división.—Enfermedades que son debidas á la gestación y enfermedades de la embarazada que no dependen de la gestación.

I

Enfermedades que dependen de la gestación:—Generalidades.

A).—*Enfermedades del aparato digestivo:*

Dolor de dientes (Odontalgia).—Causas (Neuralgia, carie é inflamación).—Diagnóstico diferencial.—Conducta de la obstetriz.

Salivación excesiva (Ptialismo).—Causas.—Tratamiento.—Conducta de la obstetriz.

Vómitos del embarazo.—Vómitos ligeros y graves ó incoercibles.—Diagnóstico diferencial (es á partir del momento en que la mujer se adelgasa, que la forma grave comienza).

Marcha clínica de la forma grave (se ve sobre todo al comienzo del embarazo).—Los tres períodos de PAUL DUBOIS:—Período del adelgasamiento, período de fiebre y período de trastornos nerviosos (esta división es artificial pero útil).—Duración.—Evolución.—Pronóstico. ¿Se puede de la naturaleza de la cuestión sacar indicaciones para el tratamiento?

Patogenia:—Terreno neuropático.—(Siempre la autotoxicación gravídica).—¿Cómo tratar á esos enfermos?

Tratamiento médico:—Régimen alimenticio (agua, leche, sopa de pan quemada (FOCHIER).—Lavativa purgativa, lavativas alimenticias).—Es necesario hidratarlas (inyecciones de suero, lavativas de suero).—Es necesario aislarlos (aislamiento relativo; aislamiento completo).—¿Qué medicamento debe darse? (todos han sido ensayados, pudiendo dar resultados:—opio, cloroformo, sales de cerio).—Medios físicos (calor, frío, electricidad).

Agentes antitóxicos:—Lavados del estómago y del intestino.—Hiperpurgación (BONNAIRE) adrenalina, cuerpos amarillos, etc. (Cuando el tratamiento médico es insuficiente, es necesario interrumpir el embarazo).

Tratamiento obstetrical:—¿Sobre qué signos debe hacerse? (Sobre la gravedad del estado general).—Dificultad de evaluar el estado de la gravedad.

Se ha aconsejado basarse sobre:—La frecuencia y la naturaleza de los vómitos.—El estado de la lengua y el olor del aliento.—El estado del pulso (120 pulsaciones, PINARD).—El número de respiraciones (30 á 35).—El exámen de los orines.—El exámen de la sangre.—El exámen del peso: (muy importante).—Trastornos nerviosos.—Síncope.—Neuritis periférica.—Trastornos psíquicos:—a) intervención conservatriz (método de COPEMAN); b) aborto terapéutico.—Precauciones legales.—Método rápido.—Método brusco.

Tratamiento post-operatorio.—Régimen hídrico y lácteo.

Conducta y cuidados de la obstetriz.

Extreñimiento y diarrea.—Causas.—Conducta de la obstetriz.

B). *Enfermedades del aparato respiratorio:*

Tos y disnea.—Causas más frecuentes.—Conducta de la obstetriz.

C). *Alteraciones del sistema nervioso:*

Neurálgias.—Calambres.—Locura puerperal.—Ligero estudio.—Su diferenciación de la psicosis.—Conducta de la obstetriz.

Alteraciones de la motilidad y de la sensibilidad (parálisis parciales, amaurosis).

D). *Enfermedades del aparato urinario:*

Vejiga irritable.—Poliuria.—Disuria.—Ardor á la micción.—Causas.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Conducta de la obstetriz.

Cistitis.—Causas.—Cistitis blenorragica.—Cistitis por bacteriuria gravídica.—Cistitis del puerperio.—Tratamiento.—Conducta de la obstetriz.

Pielo-nefritis.—Causas.—Síntomas (importancia del exámen de los orines).

Temperatura (es sobre la temperatura que está basada la conducta de la obstetriz).—Marcha.—Tratamiento profiláctico, curativo (médico) y obstetrical.

E). *Albúmina y embarazo:* Albuminuria preesistente al embarazo.—Albuminuria gravídica.

Patogenia:—Primer grupo:—Lesiones renales no extensivas;—Segundo grupo:—La albuminuria debida á una auto-intoxicación de origen intestinal.—Tercer grupo:—La albuminuria de origen desidual;—Cuarto grupo:—Nefritis verdadera.—Síntomas:—Forma latente, forma ligera, forma aguda, forma á repetición.—Marcha.—Pronóstico:—La albuminuria no es un signo de eclampsia, porque hay albuminuria sin hipertensión, é hipertensión sin albuminuria.—Aparatos de PACHON y RIVA-ROCCI.—Necesidad de su vulgarización en obstetricia.

Lesiones de la placenta:—Infartos negros, rosados y blancos.

Tratamiento.—Higiene profiláctica.—Tratamiento curativo de los casos ligeros: a) pequeños cuidados; b) régimen; c) purgante (investigación sistemática de la albúmina).

Tratamiento de los casos graves:—Tratamiento obs-

tetrical.—Indicaciones del lado de la madre.—Indicaciones del lado del feto.—Cuidados y conducta de la obstetriz.

G). *Eclampsia*:—Definición.—Eclampsismo (BAR).—Frecuencia y época de su aparición.—Síntomas: a) estado preeclámptico; b) crisis de eclampsia:—Tres períodos: período de invasión; período de contractura y período de convulsiones (coma, temperatura, pulso, orines, útero).

Evolución:—En las formas medianas.—En las formas graves.

El parto en las eclámpticas:—Cuando la eclampsia aparece durante el embarazo.—Cuando la eclampsia aparece durante el trabajo.—Cuando la eclampsia aparece después del parto.

Patogenia:—Teoría renal, hepática, fetal, placentaria é intestinal.—“La hipertención acompaña á la eclampsia como la sombra al cuerpo que la produce”.

Pronóstico:—(Cuando hay una presión sobre 20 en el PACHÓN, el caso es serio; hay amenaza de hemorragias en el cerebro, hígado, placenta, etc., la sangría de 500 gramos es salvadora).

Tratamiento:—Tratamiento actual de la eclampsia puerperal.—Tratamiento profiláctico: a) en toda mujer en cinta; b) en las albuminúricas; c) cuando existen síntomas preeclámpticos.

Tratamiento de la eclampsia confirmada.—Tratamiento médico.—Tratamiento de la crisis:—Primera indicación (evacuar las toxinas del intestino, del estómago y de la sangre);—Segunda indicación (disminuir la producción de toxinas y su virulencia);—Tercera indicación (calmar el síntoma nervioso);—Cuarta indicación:—Tratamiento obstetrical:—Durante el embarazo.—¿Hay que provocar el parto durante el embarazo?—Argumentos en favor.—Argumentos en contra.—Conclusión.—Durante el parto.—Terminación del parto.—¿Qué procedimiento elegir?

Cuidados y conducta de la obstetriz en la eclampsia.

H). *Enfermedades del sistema tegumentario*:—Cloasma.—Herpes.—Prurito.—Causas.—Consejos de la obstetriz.

I). *Enfermedades del aparato genital durante el embarazo*.—Vulva y vagina:—Leucorreas (flores blancas).—Vaginitis granulosa.—Vaginitis enfisematosa.—Causas.—Síntomas.—Conducta y cuidados de la obstetrix.

Vegetaciones papilomatosas (coliflores).—Causas.—Tratamiento.

Enfermedades del útero.—Erocciones del cuello.—Metritis.—Endometritis.—Perimetritis.—Ligeras nociones sobre estas afecciones.

Cambios de posición del útero:—Retroversión y retroflexión del útero:—Causas.—Síntomas y marcha.—Diagnóstico.—Pronóstico (aborto, cistitis gangrenosa).—Regla clínica absoluta para el diagnóstico (toda mujer que á los tres ó cuatro meses de embarazo tiene una retención de orina; tiene una retroversión del útero).—Tratamiento:—Posición (genu pectoral);—Cateterismo (evacuación parcial);—Reducción (manual).—Cuidados y conducta de la obstetrix.

Anteversión.—Causas.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Conducta de la obstetrix.—Prolapso:—Causas.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Conducta de la obstetrix.

Tumores uterinos en relación con el embarazo y el parto.

División de los fibromas en sud mucosos, intersticiales y sud cerosos; (sesiles y pediculados).

Influencia que ejerce el fibroma sobre la concepción; las mujeres con fibroma salen en cinta muy difícilmente.—(Acuerdo del último Congreso Médico de Budapest).

La influencia del fibroma en el curso del embarazo (Inserciones viciosas de la placenta, retroversiones á los cinco meses por enclavamiento del útero, embarazos extra-uterinos).

Influencia del embarazo sobre el fibroma (hipertrofia del tumor, reblandecimiento, cambio de forma, de posición, torción).—Diagnóstico durante el embarazo.

Influencia del fibroma sobre el trabajo del parto.—Peligro de inercia.—Presentaciones viciosas.—Pronósticos.—Conducta y cuidados de la obstetrix durante el embarazo.

Enfermedades de las trompas y de los ovarios.—
Quiste de los ovarios.—Inflamaciones tubo-ováricas.—
Pronósticos (suceptibles de complicaciones graves del
embarazo, el parto y el puerperio).

Vicios de conformación del útero.—Lo que se en-
tiende por útero unicornio, didelfo, bicornio, bilocular y
cordiforme.—Diagnóstico, pronóstico del embarazo y
parto en estos casos.

II

**Enfermedades de la embarazada que no dependen
de la gestación:**—*Durante el embarazo:*—a) *Enferme-
dades agudas* (La obstetriz que asiste á una grávida con
fiebre elevada, 39 á 40°, durante un día, debe hacer lla-
mar al médico).

b) *Enfermedades crónicas:* SÍFILIS.—Influencia del
embarazo sobre la sífilis.—Influencia de la sífilis so-
bre el embarazo.—Primer caso:—Una mujer sífilítica
sale en cinta;—Segundo caso:—Una mujer sale en cinta
y sífilítica al mismo tiempo (sífilis concepcional).—Cau-
sas del aborto.—Descripción de las lesiones.—Lesiones
de la placenta.—Lesiones fetales (maceración).—Lesio-
nes del amnios (hidramnios sífilítico).—Tercer caso:—
Una mujer en cinta se hace sífilítica.—Diagnóstico.—
Tratamiento.—Cuidados de la obstetriz durante la asis-
tencia del aborto ó parto en las sífilíticas.—TUBERCULO-
SIS.—Influencia de la puerperalidad sobre la tuberculo-
sis.—Influencia del embarazo sobre la tuberculosis.—
Influencia de la tuberculosis sobre el embarazo.—In-
fluencia del parto.—Influencia de la lactancia.—Influen-
cia de la tuberculosis sobre la gestación.—Influencia de
la tuberculosis sobre el niño.—Influencia del padre tu-
berculoso.—Influencia de la madre tuberculosa.—Con-
ducta á tener:—Tratamiento médico.—Tratamiento obs-
tetrical.—Aborto artificial.—Parto prematuro durante el
embarazo.—Conducta y cuidados de la obstetriz en la
asistencia al parto.

c) *Enfermedades del corazón:*—El corazón durante el
embarazo.—Influencia del embarazo sobre las enferme-

dades del corazón.—Profilaxia de las enfermedades del corazón (aforismo de PETER).—Accidentes grávido cardíacos.—Influencia del parto sobre las enfermedades del corazón.—Influencia de las enfermedades del corazón sobre el embarazo.—Influencia de las enfermedades del corazón sobre el parto.—Higiene de la cardíaca durante el embarazo.—Conducta de la obstetrix.—Tratamiento medical.—Tratamiento obstetrical.

d) *Enfermedades de las venas*:—Váricis de las extremidades inferiores.—Váricis genitales (de los grandes labios).—Varicis en el ano y en el recto.—Conducta de la obstetrix.

e) *Edema*:—Edema de los grandes labios.—Edema de las extremidades inferiores.—Su doble origen:—Edema pasivo.—Conducta de la obstetrix.—Edema activo (edemas albuminúricas).—Conducta de la obstetrix.

III

Patología del huevo durante el embarazo:—Su división en Patología de los anexos y Patología del feto.

A) **Patología de los anexos**:—*Enfermedades del amnios*:—Hidramnios.—Etiología.—Sintomatología.—Forma primitiva, aguda y forma secundaria crónica.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Conducta y cuidados de la obstetrix.

Oligoamnios y bridas amnióticas.—Diagnóstico.

Enfermedades del corión:—Mola.—Definición.—Variedades de molas (teratológica, carnosa, sanguínea y vesiculosa ó hidatiforme).—Aspecto exterior.—Mola hidatiforme.—Sus variedades (embrionaria, hueca).—Síntomas.—Período de comienzo.—Período de estado.—Diagnóstico.—El desarrollo exagerado del útero.—La consistencia blanda del órgano.—La expulsión de vesículas hidatiformes;—Marcha.—Pronóstico (grave para la madre).—Metrorragia.—Desiduoma maligno).—Conducta á tener:—1°. Si el diagnóstico de mola no es hecho; 2°. Si el diagnóstico es hecho.—Conducta de la obstetrix.

Mola sanguínea y mola carnosa.—Síntomas.—Conducta de la obstetrix.

Enfermedades de la caduca:—Hidrorrea.—Causas.—Síntomas.—Diagnóstico diferencial con una metrorragia (en la hidrorrea no hay coágulos);—Con una ruptura precóz de las membranas (en la cantidad de líquido). Pronóstico.—Conducta y consejos de la obstetriz.

Anomalías y enfermedades de la placenta:—Aumentos de volúmen de la placenta.—Placenta marginata y circumbalata.—Apoplegia y hemorragia.—Etiología.—Evolución (núcleos granulo grasosos).—Causas.—Pronóstico.—Degeneracion fibro-grasosa.—Esclerosis.—In-fertos placentarios.

Degeneración calcárea.—Placenta albuminúrica, sí-filítica, tuberculosa.

Caracteres anatomo-patológicos macroscópicos.

Anomalías del cordón umbilical:—Inserción vela-mentosa.—Brevedad del cordón.—Largo exagerado.—Nudos verdaderos y falsos.—Circulares.—Torción exa-gerada.

B) **Patología del feto:**—Anomalías en el desarro-llo y enfermedades del feto.—Anomalías de formación del feto;—Monstruos dobles;—Crecimiento gigantezco del feto;—Tumores y abultamientos anormales del tron-co del feto;—Hidrocéfalo.

Traumatismos fetales.

Muerte del feto.—Causas.—Sintomatología.—Diag-nóstico.—Pronóstico.—Marcha.—Expulsión inmediata.—Retención del feto.—Conformación del feto.—Trans-formaciones que experimenta el feto muerto en la cavi-dad uterina:—a) disolución; b) momificación; c) mace-ración; d) putrefaccion.

Interrupción prematura del embarazo:—*Aborto y parto prematuro.*—Definiciones.

Frecuencia (abunda del segundo al tercer mes).

Causas:—a) aborto terapéutico; b) aborto expontá-neo; c) aborto criminal.—Algunas ideas de medicina le-gal.

Causas del aborto expontáneo:—a) causas mater-nas; b) causas paternas; c) causas dependientes del huevo.

Aborto ovular (durante los dos primeros meses).—Aborto embrionario (durante el tercer y cuarto mes).—Aborto fetal (durante el quinto y sexto mes).

Mecanismo del aborto:—Mecanismo favorable;—Mecanismo desfavorable (retención placentaria).

Síntomas del aborto.—Diagnóstico.—Importancia del diagnóstico para el tratamiento.

¿El aborto es evitable?—Si es inevitable: inútil retardarlo, ventajas de terminarlo rápidamente.—Si es evitable: hacer cuanto se pueda por impedirlo (reposo, calmantes de la contracción uterina: láudano).

¿El aborto es completo ó incompleto?—Complicaciones (retención, hemorragia, infección).—La retención placentaria es muy frecuente.—Tratamiento de la retención simple por los medicamentos, por el taponamiento y por la extracción de la placenta.

¿Es necesario intervenir ó esperar?

Tratamiento de las causas del aborto.

Conducta de la obstetriz.

Parto prematuro espontáneo.—Frecuencia.—Causas.—Marcha.—Pronóstico.

Parto prematuro provocado.—¿Es necesario provocar el parto prematuro? (á pesar del consejo de PINARD:—sí, pero en casos restringidos:—pelvis poco estrecha sobre todo en las múltíparas).—Resultado del parto prematuro.—Para la madre:—buenos 1% de mortalidad; para el niño: tanto menos favorable, cuanto que el trabajo se provoque antes de los ocho meses.

Conducta de la obstetriz.

Parto tardío:—Ninguna regla especial se impone á la obstetriz que asiste un parto tardío.

V

Embarazo extra-uterino:—Definición.—Variedades:—Embarazo tubario, (es el más frecuente).—Embarazo ovárico (es muy raro).—Embarazo peritoneal.—Causas.—Triada sintomática (anomalías de las reglas, dolor y tumor justa uterino).

Evoluciones diversas del embarazo tubario: a) sin complicación; b) con complicaciones (inundación peritoneal, aborto intra-tubario, hematosese).

Diagnóstico.—Pronóstico.

Conducta de la obstetriz.

Muerte de la madre durante los últimos meses de la gestación.—Conducta de la obstetriz.

CAPÍTULO SEGUNDO

Patología del parto (Distocia):—Consideraciones generales.—Que cosa se entiende por distocia ó parto distócico.—La causa de la distocia puede provenir de la madre, del feto ó de los anexos.

I

Distocia materna:—Definición:—Su división en distocia proveniente de las partes oseas y distocia proveniente de las partes blandas.

Distocia proveniente de las partes oseas:—Estrechéz pelviana.—Definición.

Clasificación de los vicios pelvianos.—Clasificación basada en la etiología.—Clasificación basada en la patogenia.—Clasificación basada en la comparación de la forma de pelvis con la de los objetos comunes.

Ninguna de estas clasificaciones tomaremos como base para la enseñanza de la obstetricia.

Clasificación que adoptaremos.—Clasificación anatómo-clínica (consiste en comparar el diámetro superior (promonto-pubiano) con la forma y dimensiones de la cabeza fetal segun sus diversas actitudes y volumen durante el embarazo y durante el parto).

Recuerdo de la anatomía de la pelvis normal.

Asiento y variedad de la estrechéz pelviana: a) en el estrecho superior (anular: es la más frecuente); b) en la escavación (canicular).—La estrechéz asienta no solo sobre el estrecho superior, sino sobre toda la pelvis; c) en el estrecho inferior (infundibuliforme).

Cuadro que resume las diversas variedades de estrechéz de la pelvis:

CLASIFICACIÓN DE LOS VICIOS PÉLVICOS

I.— *Viciación del estrecho superior:*

A). Un solo diámetro está disminuido:

- 1.º El diámetro antero-posterior=pelvis aplanada.
- 2.º El diámetro trasverso=pelvis transversalmente estrechada.
- 3.º Un diámetro oblicuo=pelvis asimétrica.

B). Muchos diámetros son disminuidos:

- 1.º Todos los diámetros son disminuidos=pelvis generalmente estrechada.
- 2.º El diámetro antero-posterior es más disminuido que los otros=pelvis aplanada y generalmente estrechada.

II.— *Viciación de la excavación:*

- 1.º Las deformaciones son simétricas=pelvis cananicular, pelvis generalmente estrechada.
- 2.º Las deformaciones son asimétricas, por corresponder á los tipos=pelvis coxálgicas, pelvis de parálisis infantil unilateral, etc.
- 3.º Las deformaciones son irregulares y los tipos imposibles para clasificar (fracturas, tumores, etc).

III.— *Viciación del estrecho inferior:*

- 1.º El diámetro antero-posterior está algunas veces disminuido en los sífosis.
- 2.º El diámetro trasverso está disminuido—pelvis sífótica.
- 3.º Las asimetrías son frecuentes—pelvis coxálgica, etc.

Estrecheces en el estrecho superior (pelvis anular):

A). Un solo diámetro está disminuido:— 1º. Disminución del diámetro antero-posterior:—Pelvis plana ó aplanada.—Definiciones;—2º. Disminución de los diámetros trasversos:—Pelvis transversalmente estrechada.—Definición (diámetro de encajamiento); — 3º. Disminución de uno de los diámetros oblicuos:—Pelvis asimétrica (muy frecuente y puede afectar todos los grados).—Modo de apreciar la asimetría.—Su valor.—Definición.—(diámetro de encajamiento).

B). Muchísimos diámetros en el estrecho superior son disminuidos: 1°. Todos los diámetros son disminuidos igualmente: pelvis generalmente estrecha.—(pelvis justo-minor de los autores).—Definición (diámetro más favorable de encajamiento);—2°. Todos los diámetros son disminuidos, pero uno de ellos más que los otros: pelvis aplanada, generalmente estrechada.—Definición (diámetros más favorables al encajamiento).

Causas de las estrecheces de la pelvis:—Consideraciones generales.—División de estas causas en generales y localizadas.

Viciaciones pelvianas por acción trófica:—Causas generales (ellas pueden ser congénitas ó adquiridas).

Nanismo, acondroplasia, raquitismo, osteomalacia (el tipo de pelvis viciada que se encuentra nueve veces sobre diez, es el de pelvis raquítica).

Causas localizadas (pueden ser congénitas ó adquiridas).

Causas congenitas (destrucción del grupo de puntos de ocificación de la pelvis).

Causas inflamatorias (destrucción de cartílagos de conjugación).

Causas nerviosas (parálisis infantil).

Viciaciones pélvicas por acciones mecánicas:—Recuerdo de los factores que intervienen después del nacimiento en la transformación morfológica de la pelvis.

1°. Presión vertebral:—A). La presión vertebral es desviada lateralmente (escoliosis).—B) La presión vertebral es desviada de adelante atrás (sifosis).—Luxaciones congénito-bilaterales.

2°.—Contrapresión femoral:—A) Hay predominio de la contrapresión femoral sobre uno de los cóndilos.—B) Hay supresión de toda contrapresión femoral.

Mecanismo del parto en las viciaciones del estrecho superior:—1°. En las pelvis aplanadas.—Definición anatómica.—Definición clínica.—Deformaciones de la cabeza fetal.—Límites de la estrechez compatible con el parto espontáneo.

2°.—Mecanismo del parto en las pelvis donde el diámetro trasverso es el único disminuído:—Pelvis trasversalmente estrecha.

3°. — Mecanismo del parto en las pelvis donde un diámetro oblicuo es disminuído:—Pelvis asimétrica. — Su división en tres grupos (pequeña, mediana y grande).

4°. — Mecanismo del parto en las pelvis generalmente estrechadas. — Definición anatómica. — Definición clínica. — Deformación de la cabeza fetal. — Límites de la estrechéz compatible con el parto espontáneo.

5°. — Mecanismo del parto en las pelvis aplanadas y generalmente estrechadas. — Definición anatómica. — Definición clínica. — Deformación de la cabeza fetal:—a) la flexión es primitiva: fractura del cráneo; b) la flexión es secundaria: gotiera en arco de círculo. — Límites de la estrechéz compatible con el parto espontáneo.

(Las formas innumerables del estrecho superior se reducen á dos grandes clases). — 1°. La pelvis tiene un solo diámetro de encajamiento trasversal:—a) pelvis aplanada; b) pelvis aplanada y generalmente estrechada. — 2°. La pelvis tiene dos diámetros de encajamiento oblicuo: pelvis generalmente estrechada.

POSICIONES Y APTITUDES DE LA CABEZA EN LAS VICIACIONES
DEL ESTRECHO SUPERIOR

<i>La sutura sagital está en posición:</i>	<i>La cabeza está en aptitud:</i>	<i>El diámetro estre- chado es:</i>	<i>La pelvis es:</i>
trasversal	intermediario.	el antero pos- terior	aplanada
trasversal	flexionada	el antero pos- terior	aplanada y gene- ralmente estre- chada.
oblicua	muy flexionada	el oblicuo	generalmente es- trechada.

Estrecheces de la escavación:—(*Pelvis canalicular*).

Causas principales:—(fractura de la pelvis. — Tumores de la pelvis).

Viciación en el estrecho inferior:—Estrechéz limitada al estrecho inferior (en las sifosis).—Agrandamiento del estrecho inferior (en la luxación congenital doble).—Estrechéz asimétrica del estrecho inferior en la luxación congenital unilateral).

Pelvis oblicua ovalar de NÆGELÉ.

Diagnóstico de las estrecheces de la pelvis—Antecedentes.—Género de alimentación.—Epoca de los primeros pasos.—Enfermedades anteriores.—Marcha de los partos anteriores.

Exámen general del esqueleto:—Talla.—Columna vertebral.—Miembros inferiores.—Miembros superiores.—Cabeza.

Exámen del útero:—Palpación abdominal (modificaciones en el desarrollo del útero:—Sus causas, movilidad uterina, movilidad fetal.—Altura del útero).

Exámen externo de la pelvis:—Pelvimetría externa:

CUADRO DEL VALOR DE LOS PRINCIPALES DIÁMETROS
EXTERNOS EN UNA PELVIS BIEN CONFORMADA

<i>Antero posterior:</i> —Diámetro de Baudolocke ó con-		
	gado externo=CE.....	20 cm.
<i>Trasversos</i> (	Diámetro bi-espinoso=B Sp.....	24 „
	„ bi-crestal=B Cr.	28 „
	„ bi-trocanteriano=B Tr....	32 „
<i>Oblicuos</i> (	Externo derecho=ob.d.....	=24 „
	„ izpuerdo=ob.i.....	=24 „

LOSANGE DE MICHAELIS

Trasversal.....	=	10 cm.
Vertical ó diagonal.....	=	11 „
Lados superiores.....	=	6,5.
Lados inferiores.... .	=	7,5.

Valor semiológico de estos diámetros (relativo).

Exámen interno de la pelvis:—Pelvimetría interna.—Aplicación de todos los conocimientos adquiridos al tratar del tacto vaginal.—Insistencia sobre la evaluación del promonto pubianomínimo.

Causas que hacen variar las relaciones entre las dimensiones del promonto sudpubiano y el promonto pubiano mínimo: (1.º—La altura de la sínfisis;—2.º—La inclinación de la sínfisis;—3.º—La elevación del promontorio.—(Esta es la más importante).—Evaluación de los diámetros transversos.

Resumen de los resultados suministrados por la pelvimetría interna.—Pelvigrafía.

Modo de evaluación de la cabeza fetal durante el embarazo) palpación mesuradora, maniobra de MULLER, medición directa de la cabeza fetal).

Radiografía de la pelvis.—Sus ventajas.—Sus inconvenientes.—Procedimiento para evitarlos.

Radiografía métrica.—Definición.—Casos en los cuales este procedimiento está indicado.—Necesidad de su aplicación entre nosotros, para llegar al conocimiento científico sobre la verdadera conformación de la pelvis peruana.

Marcha del parto en las estrecheces pelvianas.—(El parto es espontáneo en el setenta por ciento de los casos).—Factores que intervienen.

Modificaciones de la fuerza en las estrecheces de la pelvis.—Estudio de la contracción uterina (disminución de la fuerza de contracción exageración de las contracciones uterinas é irregularidad de las contracciones).—Consecuencias de las anomalías de la contracción sobre la formación de las bolsas de las aguas y la dilatación del cuello.

Modificaciones del feto.—Modelaje de la cabeza en las estrecheces pelvianas.

Pronóstico del parto en las estrecheces pelvianas:—
Pronóstico durante el embarazo.

CUADRO DEL PRONÓSTICO MECÁNICO DEL PARTO BASADO EN LA CLASIFICACIÓN
ARITMÉTICA DE LOS VICIOS PÉLVICOS

		CUANDO EL PROMONTO PUVIANO MIDE:			
en las pelvis	aplanadas..... planadas y general- mente estrechadas. generalmente estre- chadas.....	1.º grado de 11 á 10 cm.	2.º grado de 10 á 9 cm.	3.º grado de 9 á 8 cm.	4.º grado de 8 á 7 cm.
		el parto será:	espontaneo... fácil..... aleatorio.....	fácil..... aleatorio.... difícil.....	aleatorio... .. difícil..... imposible por de- bajo de 9 cm..
					imposible por de- bajo de 7 cm.

Pronóstico durante el trabajo:—1.º—Al comienzo;—
2.º—Durante la dilatación; 3.º—Durante la expulsión.

Pronóstico para la madre (es grave).

Pronóstico para el niño (reservado).

Resumen general de la conducta á tener en las estrecheces de la pelvis:—Antes del matrimonio.—Durante el embarazo: a) en las primíparas; b) en las múltiparas.— Durante el trabajo.

Indicaciones operatorias en las diferentes formas de estrechéz del estrecho superior en caso de distocia: Ellas dependen de la forma de la pelvis; del grado de estrechéz antero-posterior; del momento en que la mujer ha consultado; del estado de la mujer (subinfección ó infección); y del estado del niño (vivo, sufriendo ó muerto).

CUANDO EL PROMONTO PUVIANO MIDE

La operación indicada será:		1er. grado de 11 á 10 cm.	2.º grado de 10 á 9 cm.	3.º grado de 9 á 8 cm.	4.º grado de 8 á 7 cm.	
Aplanadas.			A término: Forceps sobre cabeza fija en las primíparas. Versión en ca- beza móvil, en las multiparas.	Después del 8.º mes: Parto prematu- ro. A término: Forceps en ca- beza fija. Pubiotomía en cabeza móvil.	A término: Pubiotomía en las multiparas. Cesarea retar- dada en las pri- míparas.	Menos de 7 cm. A término: Operación ce- sarea precóz.
En las pelvis a- planadas y general- mente estrechadas		A término: Forceps:	Después del 8.º mes. Parto prematuro A término: Forceps en ca- beza fija. Pubiotomía en cabeza móvil.	A término: Pubiotomía en las multiparas Cesarea retar- dada en las pri- míparas.	Menos de 8 cm. A término: Operación ces- sarea precóz.	
Generalmente es- trechada.		Después del 8.º mes. Parto prematuro A término: Forceps en ca- beza fija. Pubiotomía en cabeza móvil.	A término: Pubiotomía en las multiparas. Cesarea retar- dada en las pri- míparas.	Menos de 9 cm. A término: Operación ces- sarea precóz.		

Distocia de las partes blandas. — Definición.

Distocia de la vulva y de la vagina: A). Resistencia exagerada (vulva, vagina, periné).

B). 1.º—Vicios de conformación congénitos (vulva, himen, vagina); a) bridas; b) abocamientos anormales; c) atrepcias. — 2.º Vicios de conformación adquiridos (atrepcias adquiridas cicatrizables).

C). Tumores (trombus, edemas y tumores propiamente dichos).

Conducta que debe observar la obstetríz.

Indicaciones operatorias.

Distocia del cuello uterino: — 1.º — Las desviaciones: a) desviaciones hacia atrás; — b) (desviaciones hacia adelante; — c) desviaciones laterales.

2.º — Rigidéz del cuello: — a) rigidéz espasmódica; b) rigidéz anatómica; — c) rigidéz patológica.

3.º — Obliteración del cuello (por cicatriz viciosa y por aglutinamiento del cuello).

Conducta que debe observar la obstetríz.

Indicaciones operatorias.

Distocia por anomalía de la fuerza expulsiva (Distocia vital). — Definición. — Sus variedades. — Histerografía: su importancia durante el trabajo (FABRE).

Anomalías de la contracción uterina por defecto (inercia uterina): — Definición. — Causas de la inercia uterina: — (maternas, ovulares y fetales). Síntomas de la inercia uterina: — En la inercia primitiva y secundaria; en la inercia incompleta y completa. — Síntomas del surmenage obstetrical.

Complicaciones: — Infección durante el trabajo.

Tratamiento de la inercia uterino. — Tratamiento causal y sintomático.

Tratamiento de la inercia durante el periodo de dilatación: — Medios destinados á poner en juego la contracción uterina (azúcar, sulfato de quinina, té muy azucarado, inyecciones de pituitina, irrigaciones calientes).

Medios destinados á dilatar artificialmente el cuello uterino (balón y dilatación manual en último caso).

Tratamiento de la inercia durante el periodo de expulsión: — a) *Inercia incompleta:* — Si el feto no sufre ni hay surmenage obstetrical: medios simples y ex-

presión uterina (método de KRISTELLER). b) *Inercia completa*: extracción artificial del feto.

Anomalías de la contracción uterina por exceso: Definición. a) contracciones demasiado fuertes: — Sus peligros.—Tratamiento (vigilancia, morfina, cloroformo); b) tetanización uterina: — Causas, síntomas y peligros. Tratamiento (morfina, cloroformo á la reina). — Indicaciones operatorias.

Anomalía por irregularidad de las contracciones: Irregularidad fisiológica.—Irregularidad patológica.

Causas.—Sintomatología.

Diagnóstico.—Tratamiento.—Indicaciones operatorias.

Distocia por tumores y quistes:—a) fibromas del cuello útero; b) fibromas del segmento inferior; c) fibromas del cuello; d) quistes del ovario. — Conducta que debe observar la obstetriz durante el parto, el alumbramiento y el puerperio.

Indicaciones operatorias. /

Distocia debida á los órganos circunvecinos al sistema genital:—a) Distocia por retención de orina; b) distocia por hemorroides; c) distocia por estitiquez.

Conducta que debe observar la obstetriz.

Indicaciones operatorias.

II

Distocia que depende de los anexos fetales:—*Inserción viciosa de la placenta sobre el segmento inferior*—Placenta previa.—Variedades (inserción lateral, marginal y central). — Frecuencia. — Etiología. — Sintomatología:

1° *Durante el embarazo*: a) hemorragia en los tres últimos meses; b) ruptura prematura de las membranas y parto prematuro.

Signos suministrados por la palpación y el tacto.

2° *Durante el trabajo*:—La hemorragia.

Signos suministrados por el tacto.

Peligros de la hemorragia por incursión viciosa de la placenta:

A. *Para la madre*: a) muerte por hemorragia (influencia de los desgarres del cuello que agravan considerablemente el pronóstico; b) muerte por infección (muy frecuente); 9.2 % — (BAR); 4 % — (COUVELAIRE).

Morbilidad considerable en el puerperio. — Frecuencia de la pelvitis y de la infección.

B. *Para el feto*: a) muerte á consecuencia de las intervenciones para la extracción rápida por vía vaginal; b) muerte por debilidad congénita. — Mortalidad general: 51.6 % — (BAR) 45 á 60 % — (COUVELAIRE).

Conducta que debe observarse durante el embarazo:

A). *Antes del término*: — Casos ligeros: reposo inyecciones calientes, vigilancia de las residivas. — Casos graves: romper las membranas, balón ó versión de B. HICKS.

B). *Al comienzo del trabajo*: — Si el cuello es permeable: ruptura de membranas é introducción de un balón. — Si el cuello está cerrado con pérdida abundante de sangre: cesarea abdominal ó vaginal.

C). *Durante el trabajo*: — Si hay dilatación completa: terminar el parto con forceps ó versión. — Si hay dilatación incompleta: acelerar el trabajo y terminar por versión seguida de extracción lenta. — Si hay variedad central: pasar al través de la placenta.

D). *Durante el alumbramiento*: — Alumbramiento artificial (á veces). — Si la mujer está anémica: taponamiento intrauterino.

Tratamiento general de la hemorragia: — Inyecciones masivas de suero artificial.

Procidencia del cordón umbilical. — Definición. — Variedades (procidencia propiamente dicha, procubitus, laterocidencia y procidencia complicada).

Causas (ovulares, fetales y maternas).

Mecanismo de la procidencia.

Fisiología patológica: — Síntomas suministrados por el tacto; a) procubitus; b) procidencia propiamente dicha; c) laterocidencia.

Procidencia complicada de procidencia de miembros (manos, pié y convulsiones de procidencia).

Pronóstico (grave para el feto): 55 % de mortalidad.

Tratamiento:—Si el niño está muerto: abstención. Si el niño está vivo: conducta variable según que la dilatación sea completa ó según la naturaleza de la presentación.

Conducta que debe observarse en la presentación de vértice con procidencia:—1° La dilatación es incompleta y las membranas están intactas.—Si el niño no sufre: reposo.—Si el niño sufre: ensayar la reducción.—Si esto no es posible: introducción de un balón.

2°—Si la dilatación es incompleta y las membranas están rotas: reposición manual del cordón.—Si esto no es posible: reposición instrumental.

3°—Si la dilatación es completa: forceps ó versión.

Conducta que debe observarse en la presentación de cara con procidencia: la versión de preferencia al forceps.

Conducta que debe observarse en la presentación de nalgas y hombro:—Esperar hasta que se presenten signos de sufrimiento del feto, y al llegar este caso: versión, si esta intervención es posible.

Resumen general de la conducta que debe observarse en las estrecheces de la pelvis:—1° Antes del matrimonio. 2° Durante el embarazo: a) en las primíparas; b) en las múltiparas.—3° Durante el trabajo.

Indicaciones operatorias en las diferentes formas de viciación del estrecho superior en casos de distocia:—Ellas dependen de la forma de la pelvis, del grado de estrechez antero-posterior, del momento en que la mujer ha consultado del estado de la mujer (subinfección ó infección), y del estado del niño (vivo, sufriendo ó muerto).

Resistencia anormal de las membranas.—Sus causas.—Conducta que debe observar la obstetriz.—Indicaciones operatorias.

III

Distocia fetal:—*Distocia por presentación trasversal ó presentación de hombro.*—Definición.—Frecuencia.—Caracteres generales de la presentación.—Estudio de las posiciones.

Cuadro general de la nomenclatura de las presentaciones de hombro, según sus orientaciones.

CUADRO DE LA NOMENCLATURA GENERAL DE LA PRESENTACIÓN DE HOMBRO

Variedades	SUBVARIIDADES	HOMBRO QUE SE PRESENTE
1.º.....	cabeza á la derecha.... (cabeza á la izquierda...	hombro izquierdo hombro derecho
2.º.....	cabeza á la derecha.... (cabeza á la izquierda...	hombro derecho hombro izquierdo

Causas de la presentación de hombro:—A.—Presentación franca, su causa; B.—Presentación accidental:—a) causas maternas; b) causas fetales; c) causas anexas.

Síntomas y diagnóstico de la presentación de hombro durante el embarazo:—a) inspección; b) palpación; c) tacto.

Síntomas y diagnóstico durante el trabajo: a) palpación; b) tacto.

Diagnóstico de las variedades de presentación de hombro.—Valor de la auscultación.

Pronóstico:—¿Qué pasa si el feto se presenta de hombro?—El parto es imposible.—Si el parto es abandonado á la naturaleza:—muerte de la mujer por ruptura uterina ó por infección y muerte del feto.

Casos en los cuales el parto espontáneo es posible; a) mecanismo de la versión espontánea; b) mecanismo de la evolución espontánea; c) mecanismo del parto conduplicato corpore (para que el parto de hombro se haga espontáneamente, es indispensable que el feto sea prematurado, muerto y maserado.

Conducta que debe seguirse en la presentación de hombro é indicaciones operatorias.—1.º.—*Durante el*

embarazo: versión por maniobras externas.—Momento de elección: noveno mes.—Fijación del feto por cinturas eutósicas (no va seguida siempre de éxito).

2º.—*Durante el trabajo*:—Casos clínicos diferentes:
a) membranas intactas y dilatación completa: versión podálica.—Membranas intactas y dilatación incompleta: ensayar versión externa (fracasa en general).—Versión mixta: no debe ensayarse durante el trabajo;
b) membranas rotas y dilatación completa: conducta difícil, hay riesgo de ruptura del útero é infección; versión podálica si niño vivo; embriotomía si niño muerto. Membranas rotas y dilatación incompleta: ensayar versión externa, acelerar el trabajo (dilatación manual, balón, dilatador Bossr): sus inconvenientes; lo mejor en este caso es la espectación.—Si el trabajo avanza normalmente á la dilatación completa: versión interna, si el feto está vivo y hay poca retracción uterina.—Si hay mucha retracción y el feto está vivo (presentación de hombro de NEGLIGEE): intentar la versión con suavidad.

Cuadro de la conducta que debe seguirse al practicar la versión en las diversas variedades de presentación de hombro:

CUADRO DE LA CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE AL PRACTICAR LA VERSIÓN EN LAS DIVERSAS
 VARIEDADES DE PRESENTACIÓN DE HOMBRO:

VARIEDADES	ORIENTACIÓN FETAL			MANUAL OPERATORIO	
	CABEZA	PIES	HOMBRO	Elección del pié.	Mano que se introduce.
Dorso-anterior	Cabeza á la derecha . . .	Pies á la izquierda.	Hombro izquierdo.	Pié izquierdo..	Mano izquierda
Dorso-anterior	Cabeza á la izquierda..	Pies á la derecha..	Hombro derecho..	Pié derecho...	Mano derecha
Dorso-posterior	Cabeza á la derecha....	Pies á la izquierda.	Hombro derecho..	Pié izquierdo..	Mano izquierda
Dorso-posterior	Cabeza á la izquierda..	Pies á la derecha..	Hombro izquierdo.	Pié derecho...	Mano derecha

Distocias por exeso de volúmen del feto:—1°.—*Exceso de volúmen generalizado.*—Consideraciones generales.—Síntomas.—Diagnóstico.—Marcha del parto.—Conducta de la obstetriz.—Indicaciones operatorias.

2°. *Exceso de volúmen localizado á la cabeza* (hidrocefalia).—En que consiste.—Sus causas.—Síntomas.—Diagnóstico.—(La hidrocefalia no diagnosticada es una de las más graves complicaciones).—Conducta de la obstetriz.—Indicaciones operatorias.

3°.—*Exceso de volúmen del abdomen:*—Causas.—Diagnóstico durante el parto.—Conducta de la obstetriz.

4°.—*Exceso de volúmen del tronco* (distocia de los hombros).—Técnica del desprendimiento de los hombros.—Maniobras de JACQUENIER.

Distocia por fetos múltiples.—Consideraciones generales.—Gemelos aislados.—Gemelos adherentes.—Pronóstico.—Conducta de la obstetriz.—Indicaciones de intervención.

Distocias por casos teratológicos.—Consideraciones generales.

I V

Accidentes durante el parto:—*Lesiones de las partes blandas maternas.*—Rasgaduras vulvares y vulvo-vagino-perinales.—Consideraciones generales.

Rasgadura perinial.—Exámen del periné después del parto:—a) exploración de la vulva; b) exploración bi-digital del periné.

Clasificación de las rasgaduras del periné:—Incompletas, completas y centrales.

Incompletas:—a) de la orquilla;—b) esfinter más el tabique.

Completas:—a) esfinter solo;—b) esfinter mas el tabique.

Centrales:—a) local;—b) propagada.—primero, adelante.—segundo, atrás.

Tratamiento curativo de las rasgaduras perinales: Sutura inmediata, secundaria y tardía (las dos primeras pertenecen á la obstetricia, la última es propia del ginecólogo).

Procedimiento de elección (sutura inmediata).—Indicaciones.—Contraindicaciones (edemas, infección de la herida perinial).

Rasgaduras de la vagina:—En la porción alta (la más frecuente), baja y media.—Causas.—Pronóstico.—Tratamiento.

Rupturas del útero:—A). *Ruptura de la porción vaginal del cuello.*—Consideraciones generales.—Causas.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento.

B). *Ruptura de la porción supra vaginal y cuerpo del útero.*—Su división en completas é incompletas.—Frecuencia.

Etiología y Patogenia.

Sintomatología clínica.

Conducta que debe observar la obstetriz.

Hemorragia por desprendimiento prematuro de la placenta durante el embarazo y el parto.—(hemorragia retroplacentaria).—Causas.—Síntomas (dolor, anemia, aumento de volumen y dureza del útero).—Pronóstico.—Diagnóstico.

Conducta preliminar de la obstetriz.—Indicaciones operatorias (evacuar el útero).

V

Accidentes durante el alumbramiento:—1.º *Accidentes debidos á la placenta:*—a) exceso de volumen de la placenta (es común en la sífilis);—Indicación: extracción manual; b) adherencias anormales de la placenta: frecuencia, grados, patogenia (teoría de FABRE).—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento (el de las hemorragias).—Indicación operatoria (alumbramiento artificial).

Accidentes debidos al útero:—1.º — *Inercia:* A). *Inversión uterina;*—Momento del parto en que se produce inversión completa é incompleta:—Causas.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento profiláctico y curativo.—Conducta de la obstetriz.—Métodos obstétricos.

B). *Hemorragias del alumbramiento:*—Su división en inmediatas y tardías (las primeras son las que se llaman propiamente del alumbramiento).—Causas.

Variedades anatómicas de la hemorragia del alumbramiento (externa, interna y mixta).

Síntomas objetivos y subjetivos de cada una de ellas.

Lo importante en las hemorragias del alumbramiento es el diagnóstico.

Pronóstico (está basado en tres elementos:—1.º—Cantidad de sangre perdida;—2.º—rapidez de esta pérdida;—3.º—laboriosidad del trabajo.—La albuminuria con pérdida de sangre agrava el pronóstico.

Tratamiento de las hemorragias del alumbramiento: (es muy importante para la obstetriz).—Tratamiento profiláctico (dejar el útero en reposo fisiológico durante su inercia fisiológica).—Tratamiento curativo (variable según el período del alumbramiento).

1.º—Tratamiento durante el período fisiológico: medios inmediatos:—Compresión de la aorta (método de BAUDELOCQUE);—Medios de espera: alumbramiento artificial y compresión bi-manual (útero-pubiana), taponamiento intra-uterino.

2.º—Tratamiento durante el período de contracción: expectación y alumbramiento según la cantidad de sangre.

3.º—Tratamiento de la hemorragia que sigue á la expulsión de la placenta: medios inmediatos: asegurarse que el útero está vacío é introducir la mano en la cavidad uterina para vaciarlo de sus cuáguulos.—Si la hemorragia continúa: Compresión de la aorta (método de BAUDELOCQUE, procedimiento de MOMBURG); compresión del útero, compresión útero-pubiana, compresión intra-uterina, y taponamiento intra-uterino.

Pequeños medios destinados á hacer contraer el útero; irrigaciones de agua yodada á 48º (solución TARNIER); cornesuelo de centeno y sus alcaloides (fórmula de PAJOT); pituitina.

2.º—Contracciones irregulares: — Encarcelamiento de la placenta (total y parcial).— Causas:— a) contracciones irregulares del orificio externo; b) del anillo de BANDE; c) del cuerpo del útero.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento.

Técnica del alumbramiento artificial.

Anemia aguda obstetrical: — Definición. — Síntomas. — Tratamiento profiláctico. — Tratamiento curativo: 1°. autotransfusión: posición inclinada de la enferma; Venda de ESMARK sobre los miembros inferiores. — 2°. Excitantes: sostener el corazón con inyecciones de éter, cafeína, aceite alcanforado, esencia de CHARTRESE y elixer de CAROUS. — 3°. Reparar la falta de sangre: inyecciones de suero fisiológico subcutáneas, intra-venosas, intra-rectales. — Transfusión de sangre de arteria á vena (CARREL).

CAPÍTULO TERCERO

Puerperio patológico. — División de su estudio, según que tenga su origen en la región genital ó en las mamas.

I

1.—Hemorragias del puerperio (llamadas también secundarias porque siguen al alumbramiento). — Pueden ser *precoces* si se muestran en los primeros días y *tardías* si se presentan después de los cinco días.

Hemorragias precoces: — Sus causas (inercia coágulos y rasgaduras del segmento inferior). — Tratamiento.

Hemorragias tardías: — Causas (retención de cotiledones y retención de membranas).

A). *Retención de cotiledones.* — Causas. — Síntomas. — Tratamiento.

B). *Retención de membranas.* — Causas (la retención de membranas puede ser total ó parcial; en la primera, la placenta se expulsa sola y toma el nombre de *placenta sin corona*; en la segunda, el diagnóstico inmediato es difícil cuando la placenta sale destrozada. — Consecuencias de la retención (hemorragias ó infecciones por putrefacción). — Tratamiento profiláctico (alumbramiento retardado). — Tratamiento curativo (si la retención es total, se introduce la mano para la extracción; si es incompleta y hay hemorragia, se introduce la mano para

hacer la extracción; si no hay accidentes, mantenerse en expectación y practicar la asepsia.

2.—Infecciones puerperales:—Definición.—Consideraciones generales (durante el puerperio normal la parturiente sin antecedentes patológicos, debe estar sin fiebre; la regresión y cólicos uterinos y la aparición de la leche, son fenómenos *apiréticos*.—“Si hay en la puérpera elevación de temperatura central, hay infección.”

Etiología (es incontestable que toda infección puerperal, así como toda infección quirúrgica, tiene como agente un microbio).—Observaciones de SEMMELVEISS, TARNIER, PASTEUR, DOLÉRIS Y WIDAL).

El Streptococo pyogeno, sin ser el único, es el agente patógeno de la infección puerperal más grave y más contagioso; es el que la obstetriz debe particularmente temer y combatir.

Origen de los gérmenes infecciosos (origen *heterógeno y autógeno*).

Infección de origen *heterógeno* (es la más frecuente é importante).—Modos de contagio.

Infección de origen *autógeno*.—Fuentes extra-genitales y genitales del auto-infección.

Bactereología de las partes genitales:—Vulva, glándulas de BERTOLINI, vagina y cavidad uterina al estado normal y al estado patológico.—Resumen.—Condiciones de actividad de los agentes infecciosos (terreno y virulencia).—Predisposición de la recién parida frente á frente á la infección.—El coeficiente puerperal (no es otra cosa que el resultado de condiciones dependientes del embarazo y del parto): a) condiciones dependientes del embarazo: b) condiciones dependientes del parto.

Condiciones individuales que permiten la aparición de los accidentes infecciosos (medios naturales de defensa durante el embarazo, el trabajo y el puerperio).

Condiciones que permiten la aparición de la infección:—Ruptura prematura de las membranas y sus consecuencias; defectos de acomodación de la presentación y sus consecuencias (presentación viciosa, prociencia de miembros, vicios pélvicos y distocia por tumor); duración del trabajo (retardo del trabajo, parto

prematureo artificial, rigidez de las partes blandas, primiparidad y exageración del volumen fetal); lesiones de los órganos genitales (rasgaduras, escoriaciones, heridas vulvo-perinales y vagino-cervicales); retención de materias orgánicas en la cavidad uterina (retenciones placentarias totales y parciales, retenciones de membranas y de coágulos, mala formación uterina y retención loquial); defectos en la resistencia del organismo (hemorragias abundantes, eclampsia, infecciones coincidentes, cardiopatías, intoxicaciones, etc.)

Estudio clínico de las diferentes formas de infección puerperal.—Divisiones según sus localizaciones y sus síntomas.

A). *Formas locales*:—(el streptococo piógeno está localizado en la vulva, la vagina ó el útero).

Forma vulvar:—síntomas.

Forma vaginal:—síntomas.

Forma uterina (endometritis):—Podromos.—Síntomas generales y locales.

B). *Formas propagadas*:—(el streptococo piógeno se propaga á la trompa ó al tegido celular peri-uterino).

Salpingitis puerperal (propagación por continuidad):—Síntomas generales y locales.

Perimetritis (inflamación peri-uterina.—Esta variedad localizada constituye el flemón del ligamento ancho).—Síntomas generales y locales.

C). *Formas generalizadas* (el streptococo piógeno ha penetrado en el torrente circulatorio por la vía linfática ó por los vasos sanguíneos)—a) Infecciones generalizadas por vía linfática:—1°. *Peritonitis puerperal per aguda*:—Ideas generales.—2°. *Peritonitis puerperal aguda*:—Ideas generales.—3°. *Peritonitis localizada*:—Ideas generales.

Infecciones generalizadas por vía sanguínea: septicemia aguda y septicemia crónica (tromboflebitis puerperal y phlegmatía alba-dolens):—1°. Septicemia puerperal aguda.—Sintomatología (formas streptocócica y staphilocócica).—2°. Septicemia puerperal crónica: tromboflebitis puerperal.—Sus variedades (flebitis útero pelviano; infartos pulmonar por trombosis.—Phlegmatía alba-dolens).—Sus síntomas.

Diagnóstico de la infección puerperal—1.º *Diagnóstico positivo*:—a) elevación de temperatura; b) discordancia entre el pulso y la temperatura; c) insomnio; d) retardo en la involución uterina; e) modificaciones de los loquios.

2.º—*Diagnóstico diferencial*:—a) con las infecciones mamarias; b) con la estercoremia; c) con las enfermedades generales febriles.

Diagnóstico de la forma de la infección (localizada ó generalizada).

Diagnóstico de la variedad de la infección bacteriológica y anatómica:

1.º Diagnóstico de la variedad bacteriológica: a) Investigación del streptococo en la sangre circulante; b) investigación de streptococo en los loquios.

2.º Diagnóstico de la variedad anatómica.

Técnica de la Hemocultura.—Importancia de su empleo sistemático en toda maternidad.—Facilidad de su aplicación.

Pronóstico de las infecciones puerperales.—Estatística sobre la frecuencia del streptococo en las parturientes.

Tratamiento de las infecciones puerperales.—Tratamiento profiláctico (debe ser la preocupación constante de la obstetriz). (Repetición completa del estudio hecho sobre asepsia y antisepsia. Repetición del tópico: Maternidad modelo).

Estudio particular del empleo de las irrigaciones vaginales trementinadas como medio profiláctico de la infección puerperal.—Manual operatorio de las inyecciones intra-uterinas profilácticas (esterilización de instrumentos, preparación del líquido á inyectar, presión del líquido, posición de la enferma.)—Resultados del tratamiento.

Profilaccia de las infecciones secundarias.

Disertación sobre el tratamiento curativo de la infección puerperal en todas sus formas, como medio de ilustración para la Obstetriz.

Complicaciones que tienen su origen en las mamas:—1.º *Grietas del mamelón*:—síntomas, tratamiento profiláctico (jabonamiento al agua hervida de la re-

gión de las mamas y limpieza al alcohol).—Tratamiento curativo.

2.º—*Lymphangitis del seno*:—Etiología.—Síntomas y tratamiento (Ouataplasmas Langlebert).

3.º—*Galactoforitis*:—Etiología.—Sintomatología.—Diagnóstico (prueba de Budín). Tratamiento (Expresión mamarea de BUDIN.—Ventosa de BIER).

4.º—*Abscesos del seno*:—Etiología.—Síntomas.—Tratamiento quirúrgico.





SEXTA PARTE

OBSTETRICIA OPERATORIA DE LA PRÁCTICA COMÚN Y DE LA CLÍNICA.

CAPÍTULO PRIMERO

Introducción.—Todo lo dicho sobre asepsia y antisepsia tiene aplicación en este capítulo.

La anestesia en obstetricia.—Historia.—Anestesia general, regional y local.—Estudio de cada una de ellas.—La analgesia en obstetricia.

I

Anestesia general:—¿Se debe anestesiarse á la par-
turiente? (á la reina, á cada contracción se puede dar
algunas gotas de cloroformo á dosis analgésica).—Esta
analgesia es muy bien soportada, y puede usarse sin pe-
ligro; es útil sobre todo al fin del trabajo.—Técnica en
la aplicación del cloroformo á la reina.

Utilidad de que la obstetriz conozca las reglas pa-
ra la anestesia general por el cloroformo y el éter.

Anestesia por cloroformo:—Efectos fisiológicos del
cloroformo por inhalación.—Tres períodos: a) de exci-
tación; b) de anestesia quirúrgica; c) de colapso.—Ca-

racteres de un buen cloroformo.--Objetos usados en la cloroformización (frasco cuenta gotas, compresa, mascarilla ó aparato de RICARD, tapones montados, pinza tira lengua, abre boca, jeringa de inyecciones, ampollitas de cafeína y aceite alcanforado).

Precauciones que deben tomarse con la enferma antes de la anestesia.

Modo de administrar el cloroformo.--Conducta de la obstetriz cloroformizadora durante la anestesia (vigilar constantemente la coloración de la cara y labios, la respiración y la pupila.

Anestesia por el éter:--Ventajas é inconvenientes. Método de administrarlo (máscara, mascarilla y aparato de OMBREDANNE).

Accidentes de la anestesia general:--Inmediatos: a) excitación al comienzo; b) vómitos; c) asfixia; d) síncope; e) suspensión de la respiración.--Causas de estos accidentes.--Modo de evitarlos y combatirlos.

II

Anestesia regional:—comprende en obstetricia la *raqui-anestesia* y *anestesia epidural*. — Son raramente empleadas.

III

Anestesia local:—Anestesia local por la *cocaína*. — Ligera historia.--Anestesia por *inyección "In situ"* (metro-cocainización).--Procedimiento de FEBRES.

Resumen:—El cloroformo á la reina presta grandes servicios en la clientela particular, cuando se trata de atenuar los dolores del parto.--En las operaciones obstetricales, es la anestesia al cloroformo ó al éter la que más se usa.

IV

La analgesia en obstetricia:--*Escopolamina-morfina*: (inyecciones hipodérmicas, muy usadas hoy en In-

glaterra).—Ventajas é inconvenientes.—Contraindicaciones.—Período del parto en que son comunmente aplicadas (período de expulsión).—Número de inyecciones que pueden aplicarse durante el trabajo.

Morfina á alta dosis.—Inyecciones intra musculares de dos centímetros cúbicos de una solución de clorhidrato de morfina al 3 ó mejor al 2 % (este método se estudia actualmente en las clínicas obstétricas de RIBEMONT-DESSAIGNES y COUDELAIRE en París).—Momento de su aplicación (cuando la dilatación es de un real ó una peseta).—Ventajas de este método (suprime el dolor, conserva la contracción uterina y abrevia el período de expulsión).—Sus inconvenientes (los niños nacen mas ó menos amneicos).

CAPÍTULO SEGUNDO

Operaciones y prácticas especiales que pueden ser confiadas á la obstetriz.—Irrigaciones vaginales.

Inyecciones intra-uterinas.

Cateterismo vesical.

Enema simple y purgativo.

Inyecciones hipodérmicas; muy en especial, de suero. ●

Vacunación.

Ventosas.

Colirios.

I

Irrigaciones vaginales é inyecciones intra-uterinas:—1º. *Irrigaciones vaginales:* Indicaciones. — Contraindicaciones.—Manual operatorio de una irrigación vaginal.—Preparativos.—Irrigador esmaltado de á dos litros con manguera de caucho de dos metros de largo y cánula de vidrio derecha ó curva.—Presión, temperatura y calidad del líquido.—Cánula de caucho con obtura-

dor de porcelana formando doble corriente para inyecciones vaginales calientes.

2.º *Inyecciones intra-uterinas*:—Indicaciones y contra-indicaciones.—Manual operatorio de la inyección intra-uterina.—Preparativos.—Sondas intra-uterinas (son recomendables, entre las de vidrio, la de BUDIN; entre las de metal, la de BUDIN y la sonda á gran curva de FOCHIER).—Líquidos empleados.—Posición de la enferma.—Introducción de la sonda.

Accidentes producidos por la inyección intra-uterina: a) entrada del líquido inyectado en las trompas; b) entrada en las venas (la muerte puede ser inmediata); c) calofríos; d) perforación del útero.—Modo de evitar los accidentes.

II

Cateterismo vesical:—Indicaciones.—Manual operatorio.—Preparativos.—Instrumental.—Sonda de caucho flexible y sonda metálica (las flexibles son excelentes).

III

Enemas simples y purgativos. Inyecciones hipodérmicas y vacunación:—1º *Enemas simples y purgativos*:—Indicaciones.—Manual operatorio.—Instrumentos.—Irrigador, cánulas y sonda rectal.

2º *Inyecciones hipodérmicas*:—Manual operatorio.—Jeringas de vidrio y agujas de platino.

Práctica especial en las inyecciones de suero por vía hipodérmica y rectal (enteroclisís).

3º *Vacunación*:—Manual operatorio.—Instrumentos.—Necesidad del conocimiento en la técnica de la vacunación por las Obstétrices.

IV

Ventosas y colirios:—Instrumentos y técnica.

CAPÍTULO TERCERO

Operaciones obstétricas que pueden ser confiadas á la Obstetrix:

Ruptura artificial y prematura de las membranas.

Episiotomía ó desbridamiento de la vulva.

Reducción del útero retroverso.

Reducción del útero prolapsado.

Reducción de la inversión uterina (inmediatamente después del parto).

Reducción del cordón umbilical.

Alumbramiento artificial.

Versión por maniobras externas.

Taponamiento vaginal.

I

Ruptura artificial de las membranas y episotomía ó desbridamiento de la vulva:—1.º *Ruptura artificial y prematura de las membranas:* — Indicaciones. Contraindicaciones.—Manual operatorio.—Preparativos. Ruptura con los dedos ó con una arma de la pinza de HEGAR guiada por el dedo, según los casos.

2.º—*Episiotomía ó desbridamiento de la vulva:*—Indicaciones.—Método de EICHELBERG (episiotomía lateral).—Manual operatorio (sección del anillo vulvar á la derecha é izquierda de la orquilla en una extensión de tres ó cuatro centímetros).—Sutura inmediata.

II

Reducciones:—1.º—*Reducción del útero retroverso:* Preliminares (cateterismo uretral y enema).—Método lento, dulces presiones sobre el fondo uterino al travez del fondo de saco posterior, colocando á la mujer en posición genu-pectoral (las maniobras no deben ser dolorosas).—Las maniobras bruscas provocan el aborto.—Obtenida la reducción, está indicado el pesario.

2.º *Reducción del útero pro-lapsado*:—Indicaciones.—Manual operatorio.—Discusión sobre la colocación de pesarios.

3.º — *Reducción de la inversión uterina* (inmediatamente después del parto): — Primer grado: manual operatorio. — Segundo y Tercer grado: taxis uterina (central ó periférica).—Método de PINARD: manual operatorio: Balón de CHAMPETIER; Método de Pozzi: manual operatorio del *taponamiento vaginal*.

Procedimiento quirúrgicos (conservadores y mutilatrices).

4.º — *Reducción del cordón umbilical*:—Método manual.—Método de Madame LACHAPELLE: Su técnica (es difícil y sus resultados no son seguros).

Método instrumental de TARNIER, BRAUN, BUDIN Y BAR (este último muy práctico por no necesitarse sino una sonda americana con mandril); su técnica.

III

Versión por maniobras externas y expresión uterina de KRISTELLER:—Manual operatorio de la versión por maniobras externas (variable según la presentación del feto).—Método de KRISTILLER, llamado también de la expresión fetal; su manual operatorio.—Indicaciones.

CAPÍTULO CUARTO

Operaciones obstétricas de la práctica común que debe conocer la obstetriz para poder ayudar en ellas al operador:— Aplicación de forceps.

Versión por maniobras internas.

Extracción podálica (gran extracción).

Operaciones embriotómicas (cefálicas y raquideas).

Parto prematuro provocado.

Aborto provocado.— Asistencia en caso de aborto espontáneo.

I

Técnica de la aplicación de forceps en la presentación de vértice.—Historia del forceps y de sus modificaciones al travez de los tiempos.— “Si el bisturí es considerado, casi como el emblema del cirujano; el forceps, es el emblema del partero, porque es el instrumento que caracteriza á la obstetricia de la práctica común”. Forceps que actualmente se disputan la primasía (forceps de TARNIER y LYONES y forceps á ramas paralelas de DEMELIN).—Descripción de cada uno de ellos.—Estudio de los diversos papeles del forceps:—El forceps agente de prehensión, agente de reducción, agente de tracción. Objeto que se busca con la aplicación de forceps (la evolución del feto).—Indicaciones del forceps (sufrimiento de la madre, sufrimiento del niño y suspensión prolongada del trabajo).—Condiciones necesarias para poder aplicar el forceps (necesidad de un diagnóstico preciso; estado de la partes maternas, estado de las membranas y estado de las partes fetales).—Contra-indicaciones del forceps (cabeza móvil: feto muerto).—Preparativos en las aplicaciones de forceps: a) preparación de la parturiente; b) preparación de los operadores; c) preparación de los instrumentos.—Reglas para hacer una buena aplicación de forceps: a) diagnóstico preciso de la posición; b) tirar

lo menos posible; c) ejecutar los movimientos fisiológicos de la cabeza, conocer por consiguiente el mecanismo del parto.

Aplicación de forceps en las posiciones directas: —
Indicaciones.

Cuando la cabeza está en occipito-pubiana.—Aplicación.

Presa directa:—Primer tiempo: introducción y colocación de las ramas, elección de la primera cuchara, manera de introducirla, introducción de la segunda cuchara.

Segundo tiempo: — articulación del forceps, comprobación de la presa y colocación del tractor (si es necesario).

Tercer tiempo: — extracción durante las contracciones siguiendo el mecanismo normal, desprender lentamente la cabeza.

Cuando la cabeza está en occipito-sacra.—Aplicación.—*Presa directa:*—Primer tiempo: como en occipito pubiana (pero bajando los mangos de las cucharas).

Segundo tiempo: como en occipito-pubiana.

Tercer tiempo: extracción (después de la rotación, desprendimiento en occipito-pubiana. — Sin rotación, desprendimiento en occipito-sacra) ¿cuál de los dos procedimientos se debe elegir?

Aplicación de forceps en las posiciones oblicuas: —Indicaciones. — *Cuando la cabeza está en occipito iliaca izquierda anterior* (es la más frecuente).—Reconocer la posición **exacta** de la cabeza fetal.—Aplicación de forceps en oblicua izquierda.—Primer tiempo: elección de la primera cuchara (la cuchara izquierda), su colocación hacia atrás y á la izquierda, introducción de la segunda cuchara hacia atrás y á la derecha, vuelta de espira de Madame LACHAPELLE.

Segundo tiempo: articulación del forceps y colocación del tractor.

Tercer tiempo: extracción (conocer bien el mecanismo normal).—a) bajar la cabeza sobre el periné; b) hacer girar la cabeza en occipito-pubiana; c) extraer en occipito-pubiana.

Aplicación en occipito iliaca derecha anterior.—Primer tiempo: elección de la primera cuchara (cuchara

derecha), introducción atrás y á la derecha, introducción de la segunda cuchara, atrás y á la izquierda.

Segundo tiempo: decruzación de las ramas.

Tercer tiempo: articulación y colocación del tractor.

Cuarto tiempo: como en el tercer tiempo de la izquierda anterior.

Aplicación de forceps en occipito iliaca derecha posterior.—Hacer un buen diagnóstico y aplicar en oblicua izquierda.—Primer tiempo: como en occipito iliaca izquierda anterior.

Segundo tiempo: como en occipito iliaca izquierda anterior:

Tercer tiempo: extracción:—a) flexionar la cabeza; b) bajar la cabeza sobre el periné; c) hacer ejecutar una rotación de un tercio de circunferencia para dirigirla en occipito pubiana; d) extraer en occipito pubiana.

Aplicación de forceps en occipito iliaca izquierda posterior.—Excepcional.—Aplicación como en occipito iliaca derecha anterior.—Extraer como en occipito iliaca posterior.

Aplicación de forceps en las posiciones trasversas:—Primero: en la escavación (se hace lo más amenuado una presa oblicua, en general se hace una segunda toma correcta para extraer).

Segundo: en el estrecho superior (evitar hacer aplicaciones de forceps).

Peligros de la aplicación de forceps.—De lado de la madre y del lado del feto.—Medios de evitarlos (conocer las reglas de una buena aplicación de forceps).

Aplicación de forceps en la presentación de cara: Condiciones necesarias: que la cara esté encajada.—Reglas para la aplicación.

1 ° Aplicación de forceps en las mento anteriores:—Indicaciones.—*Cuando la cara se encuentra en mento pública:* aplicación directa.—Primer tiempo: deflexión introduciendo un dedo en la boca durante las tracciones.

Segundo tiempo: no se hace el encajamiento, se hace la rotación.

Tercer tiempo: encajamiento.

Cuarto tiempo: extracción, asegurándose que la deflexión de la cabeza es completa.

Cuando la cara se encuentra en oblicua anterior.— Aplicación oblicua.— Los tres primeros tiempos: como si fuera aplicación vertical; el cuarto tiempo: con dedo en la boca fetal.

3.º Aplicación de forceps en las mento posteriores:— Son las mas interesantes, por que una aplicación mal hecha puede producir desastres.

Cuando la cara está en mento sacra:— Impresindible llevar el mentón hacia adelante.— El desprendimiento en mento sacra es imposible.

Cuando la cara está en oblicua posterior:— Aplicación oblicua (no hacer tracciones para bajar la cabeza sino despues de haber hecho la rotación); extracción en mento pubiana haciendo la deflexión con dedo en la boca.

II

Versión por maniobras internas:— Técnica.

Definición.— Indicaciones (absolutas y relativas).— Condiciones necesarias para hacer la versión:— a) cuello dilatado ó dilatable; b) la parte fetal que se presenta no debe estar encajada; c) ausencia de retracción del cuerpo del útero sobre el feto (existencia de cierta cantidad de líquido amniótico); d) poca viciación pelviana. 8. 5 PP.; e) feto vivo (muy importante).

Cuando el feto está vivo y hay mucha retracción uterina, puede intentarse la versión con suavidad.

Manual operatorio de la versión.— Preparativos.— Técnica de la versión propiamente dicha y de la extracción:— Comprende tres tiempos: a) elección de la mano que debe introducirse (consideraciones generales); b) elección del pie que se debe bajar; c) evolución; d) extracción.

Reglas sobre la elección de la mano que debe introducirse: en las dorso anteriores, se introduce la mano del mismo nombre del brazo que se presenta; en las dorso posteriores, se introduce la mano del nombre opuesto al brazo que se presenta.

Reglas sobre la elección del pie que debe bajarse: en las dorso posteriores, se debe siempre bajar el pie superior, que es el del nombre contrario al brazo que se presenta; en las dorso anteriores, el pie inferior, que es del mismo nombre del brazo que se presenta.

Dificultades de la versión por maniobras internas en cada uno de los tiempos.— Versión precoz de BRAXTON HICKS (balón fetal) Indicaciones: (placenta-previa).— Técnica: elección de la mano (mano derecha, para las posiciones derechas de la presentación cefálica; mano izquierda, para las posiciones izquierdas de la presentación de vértice).— Elección del pie que debe bajarse (hacer lo posible por cojer el pie anterior).

III

Extracción podálica (gran extracción):— Manual operatorio.— Indicaciones.— Condiciones generales para la gran extracción.

1°. — **Presentación de nalgas completa:**— *Nalgas en el estrecho superior.*— Preliminares (asegurarse que la falta de encajamiento no es debida á un tumor).

Manual operatorio:— Descenso de un pie:— elección del pie bueno ó anterior (aplicación del lazo clásico):— Tracciones dirigidas de abajo arriba y practicadas durante las contracciones.

Si el pie descendido es el pie malo ó posterior, trasformarlo en anterior girando en el sentido del dedo grueso.

Nalgas en la escavación ó en el estrecho inferior:— Indicaciones de intervención:— falta de rotación, nalgas en trasversa, feto grueso, sufrimiento fetal.— Manual operatorio:— Cojer un pie, tracción siguiendo el mecanismo normal.

2°. — **Nalgas incompleta:**— *Nalgas en el estrecho superior:*— Manual operatorio:— Descenso del pie anterior; maniobra de MANTEL alumno de PINARD (descenso profiláctico del pie á lo BRAXTON HICKS), tracción y extracción.

Nalgas en la escavación.—Manual operatorio: descenso de un pie; sus dificultades (cuando se consigue, es por que se ha reducido el encajamiento colocando las nalgas en el estrecho superior): si no se consigue, tracción manual con los dedos en ganchos introducidos en los pliegues inguinales; tracciones con los ganchos (no sirve); tracciones con los lazos (son buenos para las nalgas en posición anterior; técnica de su aplicación); tracciones con el forceps.—Indicaciones del empleo de lazos y forceps.—En las posiciones anteriores, mejor es el lazo; en las posteriores, el forceps.—Manual operatorio de la aplicación de forceps sobre nalgas.

Nalgas en el estrecho inferior.—Manual operatorio: descenso de un pie (imposible).—Tracción manual con los dedos en ganchos aplicados á los pliegues inguinales: (es lo mejor).

3.º—Obstáculos debidos al Cordón umbilical (en la gran extracción).—Feto á caballo sobre el cordón: desprender el cordón deslizándolo sobre la nalga posterior. Si no se puede: se hace la sección del cordón entre dos pinsas y extracción rápida del feto.

4.º—Dificultades á la extracción de los brazos.—Todas las dificultades son debidas á que los brazos se levantan hacia adelante y hacia atrás.

¿Por qué se levantan?—a) si los brazos se levantan hacia adelante; es necesario bajarlos, primero el anterior y después el posterior; la punta del homóplato indica si el brazo está adelante ó atrás.—Maniobra: hacer sonar al feto (PAJOT); b) si los brazos se levantan hacia atrás: maniobra de MULLER que consiste en tirar sobre el feto con los brazos levantados (es mala pero ella es un recurso si no puede practicarse la de PAJOT).

5.º—Dificultades á la extracción de la cabeza última.—a) cabeza retenida en el estrecho superior: maniobra de CHAMPETIER DE RIBES; su técnica; b) cabeza retenida en la escavación: maniobra de MAURICEAU, puede fracasar; en este caso, aplicación de forceps en directa; en último caso, si feto muerto; embriotomía.

IV

Operaciones embriotómicas (Cefálicas y raquídeas).

1.º—**Embriotomía cefálica:**—Diversos procedimientos: a) los perforadores; tipo: tijeras de BLOT; b) los cefalotribos; tipo: de BAUDELOCQUE; c) (están abandonados); d) los craneoclastos; tipo: de BRAUN; e) los basiotribos; tipo: de TARNIER.—Descripción de este último instrumento.—Sus ventajas (el basiotribo tiene reunidos en un solo instrumento el perforador, el forceps y el craneoclasto).

Manual operatorio:—Perforación de la cabeza fetal (operación preliminar):—¿Donde perforar?—Vértice: en el parietal serca de la sutura sagital;—Cara: en las cavidades orbitarias, de preferencia en la posterior;—Frente: en la glabella;—Cabeza última: en el occipuccio, en la región sub-mastoidea ó en el paladar;—Cabeza aislada del tronco: en la frente, en el paladar ó en la órbita (esta última es más facil).

Basiotripicia.—Su fin.—Manual operatorio:—a) perforación (dirección del perforador); b) aplastamiento: 1.º Pequeño aplastamiento (en realidad simplemente prehensor) 2.º gran aplastamiento.—Ventajas de la toma oblicua; c) extracción: casos particulares (cara, cabeza última).

Craneoclastía:—Su fin.—Manual operatorio: variable según la presentación.

Indicaciones recíprocas de la Basiotripicia y de la Craneoclastía.

2.º **Embriotomías raquídeas:**—Indicaciones: encajamiento de la presentación, retracción uterina y muerte del feto.

Diversas clases de embriótomos:—a) embriótomos simples; tipo: gancho de BRAUN; b) embriótomo sierras; tipo: de RIBEMONT; c) embriótomo guillotina; tipo: de TARNIER; d) embriótomos tijeras; tipo: la tijera de DUBOIS.—Técnica de la decapitación y de la evisceración.

Ventajas é inconvenientes de cada uno de los instrumentos descritos.

V

Parto prematuro provocado:—Indicaciones.—Manual operatorio.—Método de KRAUSE.—Instrumentos (bujías de goma cónicas, olivares elásticas, correspondientes á los Nos. 21 á 27 de la hilera CHARRIERE; pinsa tira cuello de HEGAR).—Preparativos.—Introducción de la bujía.—Cuidados consecutivos.—Marcha del trabajo.—Accidentes.—Resultados.

VI

Aborto provocado:—Indicaciones del aborto.—Técnica del aborto artificial.—Método de SCHEEL.—Su técnica.—Método de KRAUSE.—Método de BOSSI.—Método á la laminaria.—Método en un solo tiempo á los diladores de HEGAR.—Instrumentos.—Preparativos.—Cuidados consecutivos.—Accidentes.—Resultados.

Asistencia en caso de aborto espontáneo.

CAPÍTULO QUINTO

Operaciones obstétricas complementarias que debe conocer la obstetriz para ayudar al operador:—Métodos operatorios para la dilatación del cuello.

Perineorrafía.

I

Métodos operatorios para la dilatación del cuello: Métodos obstétricos.—Indicaciones:— a) como preliminar del aborto ó del parto provocado; b) para la dilatación del cuello rígido distinguible que no cede, durante el período dilatante del parto á las fuerzas naturales (el cuello inestencible, no se dilata con ningún procedimiento y él se rasga de una manera irregular, cualquiera que sea el método que se emplee para la dilatación);

c) para hacer posible la terminación rápida del parto en caso de peligro de la madre ó del feto.

Dilatación del cuello como preliminar del aborto y del parto provocado.—Métodos y técnicas ya estudiados en el capítulo anterior.

Dilatación del cuello rígido distensible que no cede á las fuerzas naturales.—Procedimientos de parto rápido:—1.º procedimientos que obran dilatando: Balones (estos imitan á la naturaleza); tipo: balón de CHAMPETIER DE RIBES (los hay de distintos diámetros, el máximo es de seis centímetros que es el diámetro de la dilatación completa).—Descripción de este instrumento.—*Pinza porta-balón* del mismo autor; manual operatorio (el balón debe ser introducido hasta el segmento inferior, la articulación de la pinza debe llegar al cuello); dilatación del balón sin distender mucho al principio.—Manera de actuar del balón (obra como la bolsa de las aguas, provoca y acelera las contracciones).

Ventajas de este procedimiento: no traumatiza y acelera el trabajo.

Sus inconvenientes: a) no es un procedimiento rápido, sobre todo en las primíparas, en las que completa el trabajo á las cuatro, ocho ó diez horas; en las multiparas el balón completa el trabajo á las dos horas; b) el balón predispone á las presentaciones viciosas, á las procidencias y á retracción del anillo de BANDL.

Dilatador de TARNIER (para activar el parto haciendo la dilatación lenta).—Descripción del instrumento.—Manera de aplicarlo (bastan dos tallos para hacer la dilatación, no son necesarias tres ramas).—Manera de actuar del dilatador (exita las contracciones uterinas); procedimiento poco empleado actualmente.

Exito-dilatador de FEBRES.—Su descripción.—Sus ventajas.—Sus inconvenientes.

Dilatador metálico de Bossi (es el instrumento que más se emplea).—Descripción del instrumento primitivo de Bossi y sus diferentes modificaciones.—Manual operatorio.—Sus ventajas: aplicación fácil (no rechaza como el balón la parte fetal); muy potente, dilata rápidamente.—Sus inconvenientes: el Bossi es un instrumento bueno para el feto, pero peligroso para la madre, porque

puede lesionar el cuello determinando grandes desgarrros.)

3°.—*Dilatación manual*:—Sus ventajas (no necesita instrumentos).—Sus inconvenientes (fatiga al operador, desgarrra amenudo el cuello, determina la retracción del anillo de BANDL, no dá la verdadera dilatación).

Métodos operatorios: Método bimanual de BONNAIR, (es el más empleado en Francia); su técnica.

Método de dilatación unimanual de HARRIS; su indicación y su técnica (menos perfecto, pero más simple).

Relación entre los diferentes procedimientos que obran dilatando (la dilatación manual es buena en las múltiparas; fracasa pocas veces.—Es mala en las primíparas.—Es más rápida que el balón; pero es más peligrosa.—Está intermediada entre el dilatador de BOSSI y el balón).

II

Perineorrafia.—Hay muchos métodos de perineorrafia; nosotros adoptaremos el método de FOCHIER.

Instrumentos:—Agujas de EMMET y agujas grandes, curvas de seis á siete centímetros de longitud á corte triangular (estas últimas tienen la ventaja de poder ser manejadas sin porta-agujas.

Materiales de sutura:—Hilos de seda, de crín y metálicos para las suturas superficiales; catgut N°. 3 para las profundas.

Manual operatorio según las variedades.—Curación y cuidados consecutivos.

CAPÍTULO SEXTO

Obstetricia clinica operatoria.—Pelvitomías (sinfisiotomía, isquio. pubiotomía y pubiotomía).

Extracción del feto por vía abdominal (cesareas).

Cesárea por vía vaginal.

I

Pelvitomías:—Sinfisiotomía, Isquiopubiotomía y Pubiotomía (Gigli).—Operaciones destinadas á agrandar la pelvis:—1°. *Sinfisiotomía*:—Ligera historia.—Consecuencias de la separación del pubis: a) para las partes blandas; b) para la sínfisis púbica; c) para la sínfisis sacro iliaca.—Valor de la separación (seis centímetros de separación dá tres centímetros de aumento en el diámetro ántero posterior).—Técnica de la Sinfisiotomía.—Ligero estudio ilustrativo de la técnica de esta operación.

Esta operación ha caído en desuso, si se usa alguna vez, es en las múltiparas, porque en las primíparas se prefiere la Cesárea.

2°.—*Pubiotomía* (operación de GIGLI).—Ligera historia.—Ventajas de la pubiotomía sobre la Sinfisiotomía. Indicaciones de la pubiotomía:—La pubiotomía está indicada en las múltiparas con pelvis generalmente estrechada ó en las aplanadas generalmente estrechadas, cuando el diámetro ántero posterior es de mas de ocho centímetros.

Métodos operatorios:—pubiotomía á *cielo abierto* y pubiotomía sub-cutanea á lo DÖDERLEIN.—Técnica operatoria de cada uno de estos métodos:—Cuidados consecutivos.—Complicaciones.—Ventajas de la pubiotomía al GIGLI (de todos modos, la cesarea es lo mejor).—Inconvenientes.

3°.—*Isquiopubiotomía*:—Operación abandonada; se prefiere la cesarea.

II

Extracción del feto por vía abdominal:—Cesárea conservadora clásica. — Cesárea extraperitoneal q transperitoneal. — Cesárea mutilatriz ú operación de PORRO.—Histerectomía.— 1.^o *Cesárea conservadora clásica*:—Indicaciones.—Ventajas de esta cesárea (operación excelente si se hace en buenas condiciones.—operación sencilla y fácil).—Nociones que de esta operación debe conocer la obsteriz como auxiliar útil en las intervenciones.

2.^a—*Cesáreas supra púbicas* (extraperitoneal y transperitoneal).—Su valor (operaciones complicadas que no tienen ninguna importancia sobre la cesárea clásica).

3.^a—*Cesárea mutilatriz ú operación de PORRO*:—a) método clásico de PORRO; (operación cesárea con amputación del cuerpo y fijación extraperitoneal del pedículo en la herida abdominal).—Indicaciones.—Ligeras nociones sobre su técnica.—Ventajas é inconvenientes; b) operación cesárea con histerectomía sub-total ó total del útero.

III

CESAREA POR VÍA VAGINAL.—Idas generales.—Los procedimientos de parto rápido que obran seccionando, pertenecen á la obstetricia clínica operatoria, ellos han comenzado por las simples incisiones del cuello y terminado con la cesarea vaginal de DUHRSEN:

1.^o—*Incisiones del cuello*:—incisiones simples; pequeñas ó múltiples (hoy no se hacen, están abandonadas por insuficientes y peligrosas).—Grandes incisiones: incisión de CATHALA.—Indicaciones (bastante limitadas): la cabeza al nivel del bi parietal debe pasar sin desgarrar la incisión vaginal del cuello.—Manual operatorio. CATHALA hace incisiones, una anterior y otra posterior y luego hace la extracción del feto).—Ventajas (rapidez), inconvenientes (dificultades

para hacerlas, no siempre aplicables y peligros de hacerlas en casos no indicados).

2.º — *Cesárea vaginal á lo* DUHRSEN:—(histerotomía vaginal).—Manual operatorio.—sus dificultades en las primíparas (necesidad en muchas ocasiones de seccionar el periné para poder obrar sobre el cuello).—Ventajas (permite extraer rápidamente un feto, existiendo cuello cerrado).—Inconvenientes: (operación quirúrgica imposible de practicar fuera de una clínica).—Indicaciones de los diversos procederes.



PARTE ADICIONAL

Necesidad de un Reglamento moderno y cartilla oficial de instrucciones para las obstétrices en el Perú.

Archivo de la clínica obstétrica.—Necesidad de su organización científica, en la Maternidad de Lima.

Historias clínicas.



TRABAJOS EN PREPARACIÓN

Organización de hospitales.

Instalación de los servicios en una maternidad modelo.

El personal de una clínica de partos.

Reglamentación moderna de la Maternidad de Lima.

Impresiones de una visita científica á la Villa sanatorio llamada LEYSIN (Suiza).

Impresiones científicas recogidas en los hospitales de Londres.

Impresiones de una visita al Asilo BER-AIR en Ginebra (Suiza).

Las maternidades en Suiza.

Organización de la clínica Ginecológica de Lyon (Francia).

Los hospitales en Copenhague (Dinamarca).

Mis impresiones científicas sobre la organización de algunas Clínicas de Berlín (Alemania).

Impresiones recogidas durante mi internado en el Instituto Obstétrico Ginecológico de Milán (Italia).

La operación de Werthaim por el doctor ALBERTÍN.—
Algunas impresiones sobre la organización de su servicio Ginecológico en Lyon.

Tratamiento paleativo del Metro-Carcinoma.

Análisis de mi programa que debió entrar al concurso de la Cátedra de Obstetricia menor.



FE DE ERRATAS

PAGINA	LINEA	DICE	DEBE DECIR
3	6	la	lo
9	15	caxigiana	coccigiana
11	4	lados	labios
11	26	mucusa	mucosa
12	6	Graf	Graaf
12	26	sub-cutanea	sub-serosa
18	38	Fronto-mentonaeno	Fronto-mentoneano
28	28	Tochier	Fochier
42	17	pare	para
47	22	cordén	cordón
69	20	aptitud	actitud
76	15	del cuello	del cuerpo
77	8	pelvitis	flevitis
80	19	hombro de Negligee	hombro negligée
95	18	una arma	una rama
104	14	diladores	dilatadores



FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA

DIVISIÓN OBSTÉTRICA (MATERNIDAD)

Año 191..... Número de orden..... Fecha de ingreso.....

ANAMNESIA

Edad.....

Enfermedades anteriores y estado habitual de salud.....

Data de la primera menstruación y particularidades relativas á esta y á las siguientes.....

Embarazos anteriores.....

Partos anteriores.....

Puerperios anteriores.....

Lactancias anteriores.....

EMBARAZO ACTUAL

Fecha y tipo de la última menstruación.....	Latido cardiaco fetal: sus caracteres.....
Fenómenos simpáticos y signos del embarazo.....	Estado general de salud al momento del ingreso.....
Movimientos activos.....	

EXÁMEN OBSTÉTRICO

Fecha del examen.....			ESTADO GENERAL DE LA MUJER	
INSPECCION	Color general de la piel.....			
	Máscara de la cara.....			
	Estado de las ensias.....			
	Resquebrajaduras (color y cantidad).....			
	Cicatriz umbilical y línea media-abdominal.....			
	Genitales externos ó internos.....			
PALPACION	Distensión de la piel del vientre.....			
	Forma del útero.....			
	Dirección del útero.....			
	Nivel del fondo del útero.....			
	Cantidad de líquido amniótico.....			
	Extremidad cefálica.....			
	Extremidad podálica.....			
	Dorso (hombro).....			
	Partes pequeñas.....			
Movimientos activos.....				
MESURACION	Distancia del pubis al apófisis sifoides.....			
	Distancia del púbis al ombligo.....			
	Circunferencia abdominal máxima.....			
	Diámetro longitudinal del útero.....			
AUSCULTACION	Soplo uterino.....			
				
	Latidos cardio fetal: — ubicación.....			
	Número..... Caracteres.....			
Otros ruidos				
EXPLORACION	Vagina y órganos vecinos.....			
	Cuello del útero: resblandecimiento			
	Acortamiento..... forma.....			
	 estado de los orificios.....			
	Segmento inferior: espesor.....			
Presentación.....				
MAMAS	Forma y volumen.....			
	Tejido glandular.....			
	Areola.....			
	Resquebrajaduras.....			
	Pesón.....			
PELVIS	Circunferencia pelviana.....		Sínfisis.....	
	D.—bi-espinoso.....		Cótilos.....	
	 Conj. Ext.....		Diagnóstico de la conformación de la pelvis.....	
	D.—bi-crestal.....			
	 Prom. S. pub..			
	D.—bi-trocanterio.....			
	 Prom. pub. m.			
	D.—Oblic. derecho.....			
	D.—Oblic. izquierdo.....			
	Sacro.....			
Diagnóstico general del embarazo.....				

PATOLOGIA DEL EMBARAZO

Fecha del exámen.....

ANAMNESIA

ESTADO PRESENTE

Exámen general

Exámen local

Exámen de los orines

Otros exámenes especiales

DIAGNÓSTICO

[illegible]

PARTO

Hora..... Minutos..... del día..... del mes de..... del año.....

	FETO	DIÁMETROS				
Comienzo del trabajo.....	Presentación y posición.	1er. FETO	2º. FETO			
Comienzo de la dilatación del cuello						
Donde se encuentra la parte que se presenta.....						
Ruptura de las membranas.....						
Donde se encuentra la parte que se presenta.....						
Calidad y cantidad del líquido amniótico.....						
Dilatación completa: hora.....	Sexo.	TRASVERSALES	Bpa....			
Donde se encuentra la parte que se presenta.....			Bpo....			
	Peso.		Bt....			
			Bm....			
Dilatación completa: hora.....	Longitud.	ANTERO-POSTERIORES	Bz....			
Donde se encuentra la parte que se presenta.....			Om....			
Condiciones del cuello uterino del segmento inferior á la ruptura de las membranas	Estado		Of....			
			Som...			
Modo de ruptura de las membranas.....	ANEXOS	ANTERO-POSTERIORES	Bo....			
Expulsión			Som....			
Extracción			Peso.	VERTICALES	Mf....	
					Smb...	
Alumbramiento.....			Longitud del funículo y su incursión.	TRONCO	Ed....	
Modo del alumbramiento.....			Estado.		Ba....	
Estado del periné y de los órganos genitales inmediatamente después del parto.....	Punto de la ruptura de las membranas.	PELVIS	Sp....			
			Btr....			
DURACION		Otras mesuraciones.				
1er. período..... 2º período..... 3er. período.....						
Total: horas..... minutos.....						

Intervención

Operadores.

HISTORIA DEL PARTO

PUERPERIO

1er. Día	HORA	T	P	R	CURA
2º. Día					
3º. Día					
4º. Día					
5º. Día					
6º. Día					
7º. Día					
8º. Día					
9º. Día					
10º. Día					
11º. Día					
12º. Día					
13º. Día					
14º. Día					

TRASO TERMOGRÁFICO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
42																		
41																		
40																		
39																		
38																		
37																		
36																		

	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
42																		
41																		
40																		
39																		
38																		
37																		
36																		

Condiciones del niño durante su permanencia en la clínica

Alimentación

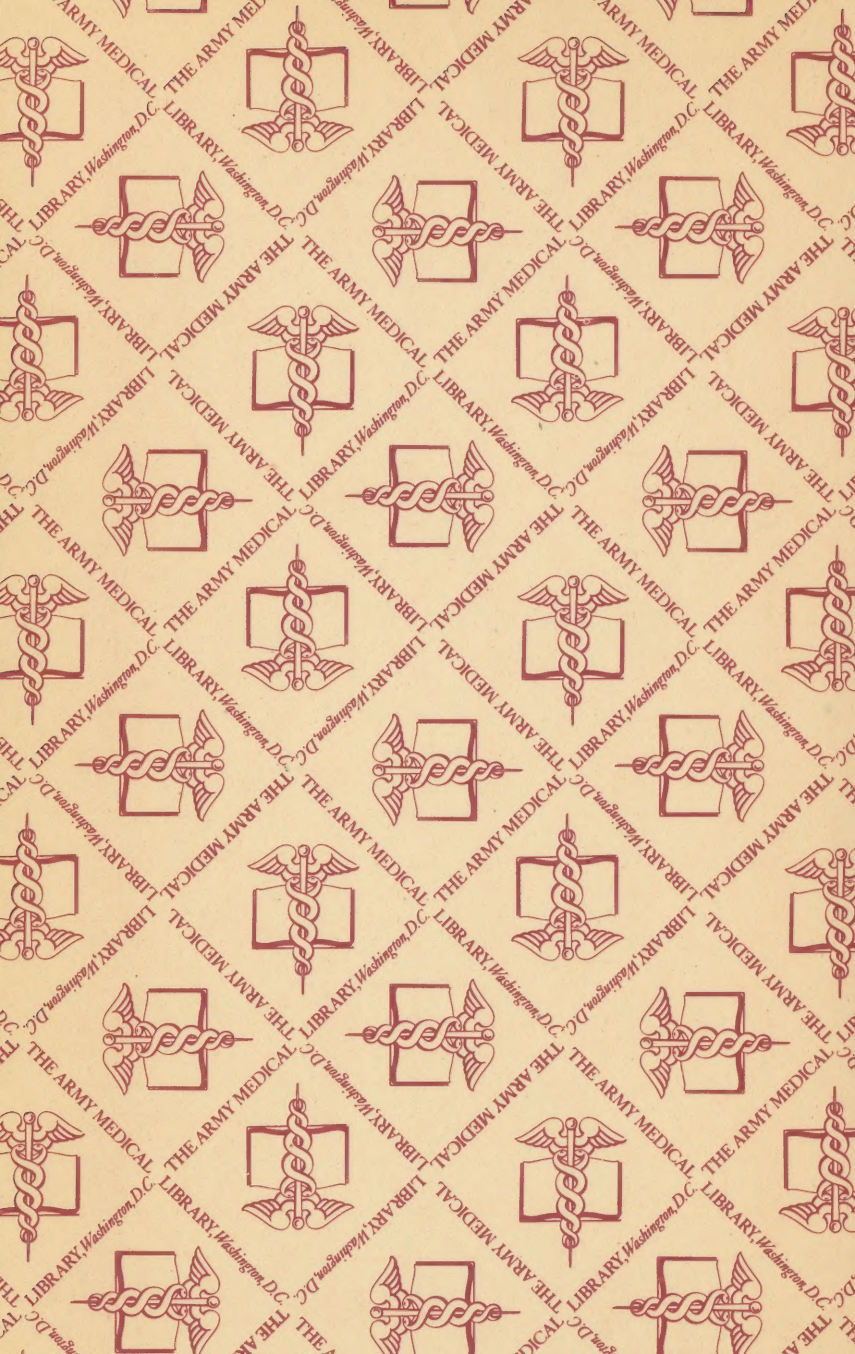
Salida del niño

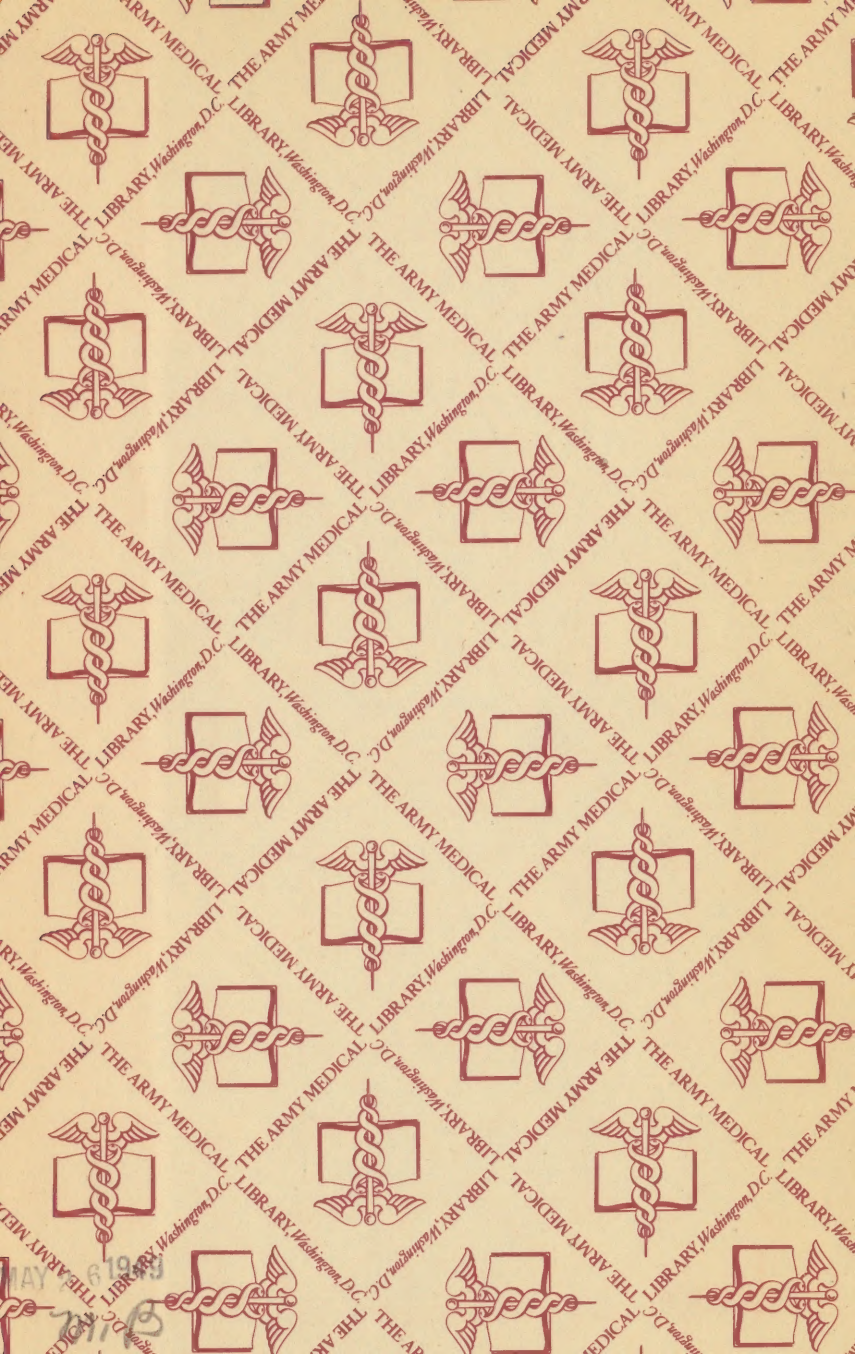
ÉXITO

	SALIDA DE LA CLINICA		TRASLADADA Á LA DIVISI3N GINECOL3GICA	MUERTE	ESTADÍA EN LA CLÍNICA
	PARA EL DOMICILIO	PARA OTRA CLÍNICA			
Como puérpera.....					
Como grávida.....					

Estado de salud de la madre en el momento de la salida

Si la salida es voluntaria ó por orden ó consejo del médico jefe





WQ 18 A594p 1915

47630090R



NLM 05244938 6

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE